1887
Lane Medical Library

Beiträge

zur

Statistik des Leberkrebses.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe.

Vorgelegt

einer hohen medicinischen Facultät der Georgia-Augusta

von

Carl Burhenne
aus Göttingen.

Göttingen,
Druck der Univ.-Buchdruckerei von E. A. Huth.
1887.

Schwangerschaft sich zurückbildete, später aber wieder eintrat. Die Wochenbetten sind stets gut verlaufen, indessen hat Patientin sich nach der letzten Geburt, die im Juli 1884 erfolgte, auffallend schwach gefühlt und ist seitdem nicht wieder menstruirt. Gegen October 1884 hat sich bei der Patientin heftiges Herzklopfen eingestellt. Im Juli 1885 empfand Patientin einen gewissen Druck und Schmerzen in der rechten Seite und bemerkte zugleich, dass der Leib, besonders die rechte Hälfte, seit dieser Zeit sich ständig vergrösserte. Das rechte Bein schwoll ausserdem an und bald stellte sich in demselben eine Lähmung ein. Der Appetit schwand seit dem Sommer mehr und mehr.

Status bei der Aufnahme.

Die Patientin ist eine mittelgrosse, ziemlich stark abgemagerte Frau, die indessen gerade keinen sehr kranken Eindruck macht. Die Zunge ist grau belegt; an dem Halse fällt eine starke Kropfgeschwulst auf. Beide Mammae zeigen eine beträchtliche Schwellung, besitzen harte Consistenz und haben eine höckrige Oberfläche. Auf Druck, welcher etwas schmerzhaft ist, entleert sich eine serumartige Flüssigkeit.

Der Percussionsschall über den Lungen ist rechts vorn oben weniger laut, sonst sind Lungenschall und Lungengrenzen normal.

Die Herzaction ist normal; der erste Ton über der Spitze ist dumpf. Temperatur nicht erhöht.

Ber Bauch ist stark aufgetrieben durch unregelmässige Prominenzen, die der Atembewegung folgen. Die Palpation ergiebt, dass die rechte Hälfte des Bauches durch einen grossen, unregelmässig configurierten Tumor ausgefüllt ist, welcher auch nach links mehrere Centimeter über die Medianlinie hinausreicht und hier mit seinem unterem Rande unterhalb des Nabels steht, während derselbe in der rechten

Seite den oberen Beckenrand erreicht. Der hintere und obere Rand des Tumors ist nicht abzugrenzen. In der linken Seite fühlt man etwas oberhalb des Nabels einen scheinbar isolierten rundlichen Tumor, von dem Umfange eines grossen Apfels. An der ganzen übrigen Oberfläche des Tumors sieht und fühlt man rundliche Höcker von sehr verschiedener Grösse, von harter Consistenz, ohne Zeichen einer Dellenbildung. Der Percussionsschall über dem Tumor ist meist gedämpft, besonders über den vorspringenden Partien, über den tieferliegenden Teilen klingt derselbe hie und da gedämpft, tympanitisch. Die Dämpfung geht unmittelbar über in die der Leber, welche am oberen Rande der sechsten Rippe beginnt. Auch die Palpation lässt schliessen, dass der Tumor als vergrösserte Leber anzusprechen ist. Der in der linken Seite scheinbar isolierte Tumor sitzt offenbar im linken Leberlappen, denn den Rand des letzteren kann man deutlich nach links und abwärts von dem Tumor durchfühlen. Der Rand der Leber steht in der linken Parasternallinie. Der Rand fühlt sich glatt an und ist ziemlich scharfrandig.

Der Tumor ist grösstenteils gegen Druck unempfindlich, nur an einzelnen Stellen ist derselbe schmerzhaft.

Vaginalfluss besteht nicht; der prolapsus uteri ist bei der ruhigen Bettlage zurückgegangen.

Im Bauche findet sich kein Erguss.

Das rechte Bein ist stark ödematös, weniger das linke.

Der Stuhl ist hart und angehalten.

Die Urinmenge ist vermindert; ein ziemlich bedeutendes sedimentum latericium lässt der Urin fallen; Eiweiss ist nicht in demselben vorhanden.

10. October 1885.

Eine Temperatursteigerung bis 38,5° wird beobachtet.

12. October 1885.

Ueber beiden Lungen hört man deutliches Rasseln und Pfeifen; ein ziemlich heftiger Husten hat sich eingestellt.

Die Herztöne sind dumpf, aber rein.

Die Patientin klagt öfters über Schmerzen in der rechten Bauchpartie; daselbst ist ein peritonistisches Reiben deutlich zu fühlen. Der Patientin werden Narcotica gereicht, da dieselbe sonst wegen der Schmerzen und wegen des Hustens nicht schlafen kann.

21. October 1885.

Die pathologischen Geräusche über den Lungen haben nachgelassen, desgleichen der Husten. Trotzdem klagt Patientin über Kurzathmigkeit und über Beengung in der Herzgrube.

Seit dem gestrigen Tage leidet Patientin an Uebelkeit, an fortwährend sehr schlechtem, fauligem Geschmack im Munde; am heutigen Morgen hat Patientin erbrochen.

Stechende Schmerzen in der rechten Bauchhälfte peinigen ausserdem die Patientin; daselbst ist ein weiches Reiben zu fühlen.

Am den Knoten der Leber, der sich unmittelbar unter dem Nabel befindet, ist scheinbar eine Delle, Krebsnabel, zu fühlen.

Ein deutlicher Ascites hat sich eingestellt. Das Oedem derBeine, besonders des rechten, hat bedeutend zugenommen.

Schlaf kann Patientin nur nach Injection von Morphium finden.

27. October 1885.

Die Patientin zeigt eine gelbe Verfärbung der Haut des Gesichtes und des Conjunctivae bulbi; weniger fällt solche am Rumpf und an den Extremitäten auf.

Geringe Temperaturschwankungen werden beobachtet, meist ist die Temperatur eine normale.

Ueber der linken Clavicula fühlt man indolente Drüsen.

Am Thorax ist eine grosse Reihe geschlängelt verlaufender Venen sichtbar, besonders im 2. und 3. Intercostalraum. Die vena jugularis zeigt undulierende Bewegungen.

Ueber der Lunge findet man nirgends eine Dämpfung, doch hört man über den hinteren unteren Lungenabschnitt ein rauhes vesiculäres Athmen, in der Gegend der Lungenwurzeln deutlich bronchiales Athmen, bei tieferen Inspirationen hört man leichten Stridor.

Der Spitzenstoss des Herzens ist nicht sichtbar, nur undeutlich fühlbar zwischen der 4. und 5. Rippe. Ein schwacher Klappenstoss ist sichtbar. Die Herzresistenz überragt den rechten Sternalrand um $1^1/_2$ Centimeter, links sind normale Grenzen nachweisbar. Die Herztöne sind rein, der erste Ton an der Spitze ist etwas langgezogen. Pulsfrequenz beträgt 80—84 in der Minute.

Der Umfang des Bauches hat bedeutend zugenommen, der Nabel ist gänzlich verstrichen. Von der Tumormasse ist im Allgemeinen obiger Befund wiederum zu constatieren, nur muss bemerkt werden, dass ein Knoten, der sich ca. 3 Querfingerbreit oberhalb des Nabels befindet, sich nicht mehr hart, sondern sehr elastisch anfühlt.

Vorn am Thorax beginnt eine unvollkommene Dämpfung in der Höhe des unteren Randes der 4. Rippe, die am oberen Rande der 5. Rippe in eine vollkommene übergeht.

Ueber dem Tumor ist überall gedämpfter Percussionsschall bis zur spin. oss. il. ant. sup.; die Dämpfung verändert sich ein wenig bei Lagewechsel.

Bei der Lage auf dem rechten Schulterblatt beginnt die Milzdämpfung etwas unter der 7. Rippe, erstreckt sich nach vorn bis zur Achselgrube, ist jedoch daselbst nicht

deutlich abzugrenzen und bei Lagewechsel verschieblich. Durchzufühlen ist die Milz nicht deutlich, doch überragt die Dämpfung den linken Rippenbogen.

In der Lendengegend besteht geringes Oedem; das Oedem der Beine ist stärker geworden, besonders an den unteren Teilen der Unterschenkel.

Der Stuhl ist breiig und ganz entfärbt.

Die Urinsecretion beträgt pro die nur 500–700 cbtm. Der Urin ist trübe, rotbraungelb, zeigt beim Schütteln deutlich icterische Färbung. Fliesspapier giebt icterische Reaction. Eiweiss ist nicht im Harn.

Patientin klagt über fortwährendes Stechen im Leibe, welches besonders stark unter dem rechten Rippenbogen ist und bei der Athmung bedeutend zunimmt. Der Appetit ist mässig, vor acht Tagen hat Patientin einmal säure Massen erbrochen, doch klagt Patientin jetzt keine weitere gastrische Beschwerden.

30. October 1885.

Das Befinden der Patientin ist bedeutend schlechter geworden. Die Schmerzen im Bauch, der Ascites, die Athemnoth nehmen zu. Hinten über der Lunge wird stärkerer Katarrh diagnosticiert.

4. November 1885.

Der Icterus ist auffällig stärker geworden. Der Stuhl, welcher täglich mehrmals erfolgt, ist dünn und nicht ganz entfärbt.

6. November 1885.

Der Urin ist stark eiweisshaltig, sehr reich an granulierten und Epithelcylindern.

9. November 1885.

Ausser dem Zunehmen obiger Symptome sind geringfügige Blutungen aus Mund und Nase aufgetreten. Der Urin wird noch spärlicher gelassen, ist reich an Uraten.

12. November 1885.

Der Stuhl erfolgt seltener, ist nicht mehr dünn. Häufiges Aufstossen mit fauligem Geschmack und grosser Trockenheit im Munde wird geklagt.

13. November 1885.

Die Patientin bekommt gegen Mittag, als sie auf dem Stuhl sitzt, plötzlich Collaps. Die Athemnot wird sehr hochgradig, es tritt starke Cyanose auf, der Puls wird klein; durch Injection von Campher bessert sich der Zustand.

Der Stuhl ist bald dünn, bald breiig, bald fest.

Der Urin wird etwas reichlicher gelassen, ist stark icterisch und eiweisshaltig.

Der prolapsus uteri ist wieder eingetreten, Ausfluss ist nicht vorhanden.

14. November 1885.

Die Athemnot wird so hochgradig, dass Patientin aufrecht sitzend gehalten werden muss; der Puls ist fast während des ganzen Tages noch gut; kurz vor dem Tode, der Abends erfolgte, wird das Sensorium benommen.

Die Therapie bestand in Darreichung von Narcoticis, innerlich und subcutan. Ausserdem wurden Roborantien gegeben.

Die klinische Diagnose lautete: Carcinoma hepatis cum ictero gravi, Perihepatitis.

Die Diagnose wurde gestellt wegen des allgemeinen Verfalls der Patientin; ferner stützte solche der objective Befund, nämlich die Vergrösserung der Leber, die höckrige Oberfläche dieses Organes, die deutlich durchzufühlenden Tumoren und die Schmerzhaftigkeit derselben. Die Anschwellung der Drüsen über der linken Clavicula, der Ascites und Icterus, sowie der ganze Verlauf und die Dauer der Krankheit sicherten die Diagnose.

Nun war jedoch noch die Frage zu entscheiden, wo der Sitz des primären Krebses war.

An einen primären Magenkrebs konnte man nicht wohl denken, da die Erscheinungen von Seiten des Magens sehr geringfügig waren und auch verhältnissmässig spät auftraten.

Ferner konnte der Krebs von den Geschlechtsorganen ausgegangen sein. Doch lagen auch hierfür wenig Anhaltspunkte vor. Eine Digitaluntersuchung wurde während des Lebens nicht vorgenommen.

Eine weitere Möglichkeit, an die gedacht werden musste, war die, dass der Krebs von der Gallenblase resp. deren Ausführungsgängen sich entwickelt habe. Deutliche Beweise lagen indessen ebensowenig für diese Annahme vor, wie für die, dass es sich um ein primäres Pancreascarcinom handle.

Obductionsbericht:

Eine im höchsten Grade icterisch gefärbte weibliche Leiche, mit stark ödematöser Schwellung der Beine, geringerer der übrigen Körperteile. Starke Abmagerung, Verdickung des Halses durch Kropf; mächtige Ausdehnung des Bauches, in dem man rechts zahlreiche feste Knoten fühlt.

Bei der Eröffnung der Bauchhöhle ergiesst sich eine blutige Flüssigkeit sowie ein grösseres Blutcoagulum von schwarzroter Färbung; die Menge der Flüssigkeit ist im Verhältniss zur Ausdehnung des Bauches nicht viel, sie beträgt etwa ein halbes Liter. In der Beckenhöhle hat die Flüssigkeit einen fast rein blutigen Charakter. Die Därme sind stark durch Gas ausgedehnt und nach der linken Seite hinübergedrängt durch die besonders im rechten Lappen enorm vergrösserte Leber, die die äusserlich fühlbare Härte bedingte.

Der untere Rand des rechten Leberlappens reicht bis zum Beckeneingang, der linke bleibt 2 Finger breit oberhalb des Nabels.

Das Zwerchfell steht rechts am 3. Intercostalraum links an der 5. Rippe.

Am Magen lässt sich äusserlich nirgendwo eine Veränderung bemerken. Die Gallenblase zeigt am serösen Ueberzug an verschiedenen Stellen krebsige Neubildung, sie giebt Fluctuation, in ihrer Grösse ist sie anscheinend nicht reduciert.

Bei der Herausnahme des sternum zeigt sich an der linken Seite des Mediastinum unter dem manubrium sterni ein grosses Paquet krebsiger Lymphdrüsen.

Die Lungen collabieren wenig; in beiden Pleurahöhlen ist eine dunkel gelbbraun gefärbte Flüssigkeit enthalten. Die Lungen sind frei von Adhärenzen.

Die Herzbeutelflüssigkeit ist spärlich. Das Herz ist schlaff; der rechte Ventrikel ist stark dilatiert, so dass die Herzspitze abgerundet erscheint und nach dem rechten Ventrikel hinübergerückt ist.

Aus der Papille des ductus choledochus lässt sich ein wenig galliggelbe Flüssigkeit ausdrücken; man kommt mit der Sonde bequem bis zur Leberpforte; hier erscheinen aber trotzdem die Gallenwege durch Gallenstauung bis zu Fingerdicke erweitert in Folge einer Verengerung, welche ca. 1½ cm hinter der Papillenöffnung beginnend eine Ausdehnung von ca, 2 cm besitzt und sonach hauptsächlich den im Pankreaskopfe liegenden Teil betrifft. Hier ist die ganze Wand des ductus choledochus in eine 1 bis 2 mm dicke gelbe Geschwulstmasse verwandelt, welche an der Oberfläche unregelmässig gestaltet und anscheinend in geschwürigem Zerfall begriffen ist. Nach der Leber zu ist sie ziemlich scharf abgegrenzt, so dass hier der verengte

Teil unmittelbar in den bis auf Fingerdicke erweiterten Teil übergeht, nach der Darmseite zu sieht man in der Nähe der Hauptgeschwulstmasse, die auch an und für sich hier weniger scharf abgegrenzt ist, 2 kleine flache Geschwulstknötchen unter der Schleimhaut liegen; im Pancreas selbst ist keine Geschwulstbildung zu sehen, dagegen sind die Lymphdrüsen an der porta hepatis sowohl, wie die retroperitonealen sehr stark vergrössert und in eine bröcklige undurchsichtige etwas gallig gelb gefärbte Geschwulstmasse umgewandelt; eine derselben, klein apfelgross, liegt dicht dem krebsigen Teile des duct. choledochus an und hat offenbar mit zur Verengung desselben durch Druck beigetragen. Die Erweiterung des ductus hinter dieser verengten Stelle erstreckt sich auch auf die grossen Lebergallengänge, während die kleinen keine erhebliche Erweiterung erkennen lassen.

Die Gallenblase erscheint ebenso wie ihr ductus sehr weit und ist gefüllt mit einer grossen Anzahl kleiner eckiger Gallensteine, deren Oberfläche eine graue Grundfarbe darbietet, auf der unregelmässige schwarzbraune Streifungen hervortreten. Ein durchschnittener Stein zeigt schöne Schichtung.

Während in der oberen Hälfte die Schleimhaut glatt und frei von Geschwulstbildung erscheint, ist im ganzen Fundus bis gegen die Mitte hin sowohl die Schleimhaut, wie die Wand durch eine an der Oberfläche überall deutlich icterisch gefärbte Geschwulstmasse eingenommen, welche sich gegen das gesunde hin in unregelmässiger Linie abgrenzt und hier deutlich einzelne Knötchen erkennen lässt. In der Umgebung der Gallenblase ist auch das Lebergewebe von Krebsmasse durchsetzt. Ausserdem enthält die mächtig vergrösserte, mit Gallenblase, Pancreas, Stückchen Duodenum und portalen Lymphdrüsen zusammen 5700 g. wiegende Leber in allen ihren Teilen, hauptsächlich aber

im rechten Lappen und um die Gallenblase herum zahlreiche Geschwulstmassen von verschiedener Grösse, die alle, auch die kleineren — ganz kleine sind wenig vorhanden — eine trübe gelbe gallige Färbung besitzen und eine bröcklige Consistenz haben. Mehrfach sind die centralen Abschnitte weich, in einem grösseren Knoten ist sogar ein etwa kirschgrosser mit flüssiger Erweichungsmasse gefüllter Hohlraum vorhanden. Die an der Oberfläche der Leber liegenden Knoten zeigen Andeutung von Dellenbildung, die meisten sind von einem reichen bluthaltigen Gefässnetz überzogen; einige haben ein strahliges und reticuliertes Aussehen. Das Lebergewebe ist deutlich icterisch gefärbt, besonders im Centrum der Acini; zwischen den Krebsknoten ist vielfach cyanotische Atrophie des Lebergewebes vorhanden.

Die Milz ist stark vergrössert, das Trabekelwerk tritt stark hervor, Pigmentirung ausser der vorhandenen icterischen ist nicht zu sehen.

In den Nieren stark icterische Färbung, die gewundenen Kanälchen getrübt und gelblich gefärbt.

Im Magen und Darmkanal keine wesentlichen Veränderungen, mit Ausnahme der untersten Teile des Rachens, wo die Schleimhaut, besonders auf den Falten, ein trübgraues, necrotisches Aussehen besitzt und besonders in der Nähe des anus unter der submucosa eine stark ödematöse Schwellung zeigt. Der Darminhalt ist gänzlich gallenfrei, auch in den untersten Theilen des Dickdarms von weicher Consistenz mit kleinen Bröckchen.

Die hintere Scheidewand ist prolabiert, entsprechend die excavatio recto uterina vertieft. In dieser finden sich Blutcoagula, die teilweise dem Peritoneum fest anhaften; nach ihrer Entfernung zeigt letzterer einige Geschwulstknoten und schwärzliche Färbung.

Der Uterus ist wenig vergrössert mit trichterförmiger Gestaltung des Cervikalteils.

Am Herzen Dilatation des rechten Ventrikels, fahle Färbung des gesammten Muskelfleisches.

In den Lungen Hypostase in den beiden untern Lappen, links mit etwas Oedem. Chronischer Bronchialkatarrh mit starker Rötung der Schleimhaut. Mehrere kleine Krebsknötchen in beiden Lungen. Viele bronchiale und tracheale Lymphdrüsen vergrössert und krebsig.

Beide seitlichen Schilddrüsenlappen, sowie der mittlere beträchtlich vergrössert, cystisch gelatinös. An einigen Stellen kleine feste gelbliche Herdchen, die kleine Krebsknötchen sein könnten.

In der Schädelhöhle nichts Abnormes.

Anatomische Diagnose:

Krebs der Gallenblase, des ductus choledochus, der Leber, vieler Lymphdrüsen, der Lunge, der excavatio recto uterina. Bluterguss in der Bauchhöhle und Beckenhöhle, besonders in der genannten Excavation.

Gallensteine, Erweiterung des ductus choledochus, des ductus hepaticus, cysticus und der Gallenblase.

Vergrösserung der Milz.

Beginnende Diphtherie des rectum.

Prolaps der hinteren Scheidewand, chronische Metritis.

Dilatation des rechten Herzens, Verfettung des Herzmuskels.

Chronischer Bronchialkatarrh, Hypostase der untern Lungenlappen, links mit Oedem.

Gallertkropf.

Verfettung in den Nieren.

Allgemeines Icterus und Hydrops.

Epikrise.

Der anatomische Befund rechtfertigt die intra vitam gestellte Diagnose. Wir constatieren einen Tumor, der die Charaktere eines Carcinorus deutlich zeigt. Die Knoten bieten einen netzförmigen Bau dar, auf Druck entleert sich die Krebsmilch, das Krebsstroma bleibt zurück. Die weitere Frage, welche sich uns aufdrängt, ist die: „haben wir einen primären oder secundären Leberkrebs vor uns?“ Das Vorhandensein vieler circumscripter, in ihrer Grösse variierender, im allgemeinen aber ziemlich grosser Knoten, ferner die dabei zu beobachtende bedeutende Vergrösserung der Leber macht es wahrscheinlich, dass wir den Krebs der Leber als einen secundären ansprechen müssen. Der gewöhnliche Sitz der Primäraffection bei secundären Leberkrebs, der Magen, die Mamma, Pancreas etc. sind intact, wir richten daher unser Augenmerk zunächst auf die Gallenblase und deren Ausführungsgänge. Bei der grössten Mehrzahl von primären Gallenblasenkrebs ist das Organ verkleinert, oft bis zu Kirschgrösse, in unserm Falle war die Gallenblase ziemlich gross und fluctuierend wegen Gehaltes an Galle, Umstände, welche uns zweifeln machen an der Diagnose „primärer Gallenblasenkrebs.“

Es bliebe demnach noch übrig der ductus choledochus, welcher, wie erwähnt, auch krebsige Entartung zeigte.

Um eine Entscheidung zu treffen, wurde die mikroscopische Untersuchung vorgenommen, und es ergab sich folgendes:

Die Gallenblase ist gänzlich, sowohl die Schleimhaut, wie die eigentliche Wand, durch Krebsmasse verdrängt, die krebsig afficierte Wand des doctus choledochus dagegen zeigt fast überall noch einen normalen Ueberzug von Schleimhaut, die an manchen Stellen als breiter Saum, alle anderen als schmaler Saum über die Geschwulstmasse hin-

weggeht. Dicht neben der am meisten ergriffenen Stelle der Wand sieht man sogar noch die submucosa erhalten; nur hie und da findet man Krebszellen, welche den Lymphwegen entlang in die Wand vorzudringen scheinen.

Dies Ergebniss macht es doch höchstwahrscheinlich, dass der Krebs von der Gallenblase ausgegangen ist. Diese Annahme wird noch weiterhin dadurch gestützt, dass in der Umgebung der Gallenblase, sowohl in der Leber als im Peritoneum besonders reichliche Knoten sich finden. Die klinische Thatsache endlich, dass der Icterus verhältnissmässig spät im Verlauf der Krankheit aufgetreten ist, spricht auch für die Richtigkeit obiger Deutung.

Die weiteren Symptome seitens der Leber, welche intra vitam constatiert und zur Stellung der Diagnose „Leberkrebs" herangezogen wurden, waren die Vergrösserung und die höckrige Oberfläche dieses Organs. Erstere erwies sich bei der Section als eine sehr ausgesprochene, die Leber reichte rechts bis zur sp. ant. sup. oss. il., links etwas weniger weit herab. Dementsprechend hatte auch das Gewicht der Leber bedeutend zugenommen, es betrug das Dreifache des Normalen. Auch die Oberfläche der Leber zeigte die Merkmale einer krebsig entarteten in typischer Weise. Die Leber war durch die Tumoren, die bald mehr, bald weniger prominierten, höckerig und unregelmässig geworden, die Tumoren selbst liessen die bei secundärem Leberkrebs so häufig vorkommende Neigung zu regressiven Metamorphosen deutlich erkennen. In manchen Knoten war die Verfettung und Erweichung sehr weit vorgeschritten, in andern war der Anfang solcher im Vorhandensein einer nabelartigen Delle soeben erkennbar.

Die Empfindlichkeit der Leber, die selten beim Leberkrebs vermisst wird, bestand auch in unserm Falle; in der Zeit, wo die Tumoren langsam wuchsen, war ein gewisses

Gefühl von Druck im Leibe vorhanden, als sich später ein rasches Wachstum derselben etablierte, und der Process zugleich auf die Umgebung übergriff, sehen wir die Schmerzen so stark werden, dass dieselben durch grosse Gaben von Narcoticis, innerlich und äusserlich angewandt, nur wenig gestillt werden konnten.

Der Icterus, welchen wir im Laufe der Krankheit haben auftreten sehen, ist durch verschiedene Ursachen bewirkt. Einmal führte die Veränderung der Wand des duct. choled. ein Hinderniss für den Gallenabfluss herbei, sodann aber hatte sowohl eine Compression des duct. choled. durch carcinomatös entartete Lymphdrüsen in der unmittelbaren Umgebung auf dessen Verlauf, als der übrigen Gallengänge durch vergrösserte Lymphdrüsen in der porta hepatis statt.

Der Ascites, eine weitere häufige Begleiterscheinung beim Carcinom der Leber, war in unserm Falle wenig auffällig. Es ist dieses verständlich, wenn wir bedenken, dass die mechanischen Hindernisse, so vor allem die Compression der vena portarum durch Lymphdrüsen nicht sehr hochgradige waren, dass ferner das Herz bis kurze Zeit vor dem Tode kräftig und normal gearbeitet hatte.

Abweichend von dem gewöhnlichen Verhalten hatten wir die Milzdämpfung vergrössert gefunden. Einen sog. chronischen Milztumor konnten wir nicht annehmen, da die Anamnese trotz besonderer Nachforschung von dem Ueberstehen einer Interrmittens ein negatives Resultat ergeben hatte. Wie die Section erwies, war die Milzvergrösserung nicht durch frische Hyperblasie, sondern in Folge der Verdickung der Trabekeln und der Gefässwände eingetreten. Wenn nun auch die Grösse nicht der entspricht, wie wir sie bei einer Stauungsmilz beobachten, so müssen wir doch wohl solche annehmen, und zwar herbeigeführt

durch Compression der Pfortadergefässe in Folge der carcinomatös entarteten Lymphdrüsen an der porta hepatis.

Die weiteren Symptome, deren Erscheinen resp. Zunahme wir im Laufe der Beobachtung constatiert haben, wie die Störungen in den Functionen des Magens, gekennzeichnet als Appetitlosigkeit, Aufstossen und Erbrechen, ferner Störungen in den Functionen des Darmes, die bald als hartnäckige Verstopfungen, bald als profuse Diarrhoen auftraten, die Folgen aller dieser pathologischen Verhältnisse wie starke Abmagerung und körperliche Schwäche, ferner die auffallende Verminderung der Secretion des Harnes, der gegen Ende des Lebens ausserdem noch eiweisshaltig wurde, endlich die in den letzten Tagen vor dem Tode erfolgten Blutungen aus Mund und Nase pflegen in jedem Falle von Leberkrebs in mehr oder weniger ausgeprägter Weise vorhanden zu sein, was unsern Fall aber noch auszeichnet, ist die Complication des Leberkrebses mit Gallensteinen. Es fanden sich solche in grosser Zahl vor; dieselben waren grau gefärbt, das grau war gesprenkelt mit braun und schwarz. Auf dem Durchschnitt sah man in den Steinen eine regelmässige Schichtung, aussen war eine helle, dann folgte eine dunklere, schliesslich eine fast weisse Schicht. In der Mitte befand sich ein dunkler Kern.

Da während des Lebens keinerlei Erscheinungen aufgetreten waren, aus denen wir auf das Vorhandensein von Steinen hätten schliessen können, so können wir auch keine Entscheidung in der Frage treffen, ob etwa die Steine eine Ursache für die Entstehung des Gallenblasenkrebses abgegeben haben.

Die Anzahl der weiteren vom April 1877—October 85 auf hiesiger Klinik beobachteten Fälle, in denen die Diag-

nose „Leberkrebs“ gestellt wurde, beträgt 43. Von den Patienten, die mit dieser Krankheit behaftet waren, starben 18 auf der Klinik, 17 kamen zur Section, 16 erwiesen sich als secundäre, 1 als primärer Leberkrebs.

I. 26 Fälle, die nicht zur Section kamen.

1. Frau Brune 59 J. alt.

Anamnese. Patientin ist verheiratet, hat achtmal normal geboren. P. ist früher immer gesund gewesen, einmal soll eine Blutung aus den Genitalien stattgehabt haben; P. ist stets kräftig und wohl genährt gewesen.

Seit ½ Jahre besteht Appetitlosigkeit, häufiges Aufstossen, Uebelkeit, zeitweise Stuhlverstopfung und Erbrechen, Schmerzen im Leibe und gewisses Gefühl von Völle daselbst. Starke Abmagerung und rascher Kräfteverfall.

Status praesens. Die Patientin ist eine blasse, abgemagerte Frau.

Die Leber ist mässig vergrössert; glatte und höckrige Tumoren, von der Grösse eines Taubeneies, lassen sich im Bauche nachweisen, von diesem verschieben sich einige bei der Atmung, einige nicht. Die Tumoren sind bei Druck schmerzhaft.

Die Lymphdrüsen über der linken Clavicula sind geschwollen. — Die Milzdämpfung ist vergrössert.

Die anderen Organe zeigen nichts pathologisches.

Im Laufe der Beobachtung, die im ganzen 50 Tage währte, trat zu Zeiten Albuminurie ein, ferner war der Stuhl in letzter Zeit meist dünn, grünschwarz gefärbt.

Diagnose. Carcinoma hepatis et intestinorum.

2. Frau Johanne Hillert, 56 Jahr alt.

Anamnese. Patientin ist verheiratet, hat 10 normale Geburten überstanden, will früher stets gesund gewesen sein.

Seit 3 Monaten klagt Patientin über Husten, seit 4—5 Wochen über Appetitlosigkeit, Schmerzen in der rechten Seite, zu Zeiten über Durchfall, in letzter Zeit über Verstopfung.

Status praesens. Die Patientin ist eine kleine, mässig gut genährte Frau.

Die Leber ist allgemein, aber nur mässig vergrössert. Einige harte, apfelgrosse Knoten sind in der Gegend der Leber nachweisbar, dieselben sind spontan schmerzhaft, bei gelindem Druck steigert sich solches bedeutend.

Sonst nichts pathologisches in der 13tägigen Beobachtung.

Diagnose. Carcinoma hepatis.

3. Koch, 45 Jahr alt.

Anamnese. Patient, früher in den Tropen öfters von Wechselfieber befallen, klagt seit ½ Jahre über Appetitlosigkeit, Brechneigung, zeitweise auftretende Schmerzen im Leibe.

Status praesens. Der Patient ist ein sehr abgemagerter und verfallener Mann.

Der Bauch ist stark aufgetrieben durch die vergrösserte Leber; diese fühlt sich hart und höckerig an, ist stark druckempfindlich.

Es besteht Oedem der Füsse.

Das Herz ist nach rechts verbreitert, an der Spitze hört man ein systolisches Geräusch.

Diagnose. Carcinoma hepatis.

4. Frau Dorette Rölle, 44 Jahr alt.

Anamnese. Die Patientin will früher immer gesund gewesen sein.

Seit einigen Wochen klagt Patientin über Schmerzen in der rechten Seite und im Kreuze, über häufiges Erbrechen. Der Stuhl soll schwarz gewesen sein.

Status praesens. Die Patientin ist eine mittelgut ernährte Frau.

Der Leib ist weich, aber spontan schmerzhaft. Die Leber ist mässig vergrössert; an Stelle der Gallenblase fühlt man einen faustgrossen, höckrigen Tumor; derselbe verschiebt sich bei der Atmung.

Diagnose. Carcinoma cystidis felleae et hepatis.

5. Frau Scheidemann, 58 Jahr alt.

Anamnese. Die Patientin will früher immer gesund gewesen sein.

Seit 2 Jahren klagt P. über Magenbeschwerden, über häufigen Durchfall, über allmählich zunehmenden Kräfteverfall.

Status praesens. Die Patientin ist eine schlecht genährte, anämische Frau, hat leichte Lippencyanose.

Es besteht Oedem.

Der Bauch, welcher Faltenbildung zeigt, ist mässig aufgetrieben; unterhalb des Nabels bemerkt man eine Diastase der musc. recti.

Die Leberdämpfung ist mässig vergrössert. Man fühlt eine durch grosse und kleine Knoten unebene Masse.

Die Milzdämpfung ist vergrössert.

Das Herz ist nach links etwas verbreitert.

Hinten rechts Zeichen eines Lungencatarrhes, schleimiger Auswurf.

Weiche Struma am Halse.

Die Drüsen in der linken Supraclaviculargrube und in den Leisten sind geschwollen, aber indolent.

Im Laufe der 30tägigen Beobachtung wurden mehrere Male Temperaturerhöhungen geringen Grades, sowie Pulsbeschleunigung bis 100 per Minute constatiert.

Diagnose. Carcinoma hepatis.

6. Friedrich Kuhlmann, 40 Jahre alt.

Anamnese. Der Patient giebt an, im 8. Lebensjahre eine Rippenfellentzündung überstanden zu haben, will sonst immer gesund gewesen sein.

Vor 10 Wochen haben sich Appetitlosigkeit, Aufstossen, morgendliches Erbrechen mässiger Massen, Verstopfung eingestellt.

Seit $2^1/_2$ Woche besteht leichter Grad von Gelbsucht.

Status praesens. Der Patient ist ein mässig gut genährter Mann, zeigt geringe gelbliche Verfärbung der Haut.

Die rechte Schulter steht tiefer als die linke, geringe Scoliose nach rechts.

Die Leberdämpfung ist mässig vergrössert, die Leber fühlt sich derb und höckerig an, ist spontan schmerzhaft.

Die Herzdämpfung ist vergrössert, der Spitzenstoss ist nicht sichtbar. Die Herztöne sind rein, der 2. Pulmonalarterienton ist verstärkt.

Der Percussionsschall ist hinten oben über den Lungen gedämpft.

Der Urin zeigt deutliche Gallenfarbstoffreaction.

Diagnose. Carcinoma hepatis; pleuritis deformans dextra.

7. Frau Amalie Lehberger, 32 Jahre alt.

Anamnese. Die Patientin will schon als Kind an „Magendruck" gelitten haben. Die P. ist verheiratet, hat zwei Geburten überstanden; die letzte, im vergangenen Jahre, war eine Frühgeburt; die Frucht war tot.

Seit $^1/_2$ Jahre leidet Patientin an Koliken, die vom Arzte als Gallensteinkoliken gedeutet wurden; diese sind dreimal und zwar in Zwischenräumen von acht bis neun Tagen aufgetreten. Die Schmerzen strahlten nach dem Rücken und Schulter aus. Zu gleicher Zeit be-

stand Gelbsucht, Erbrechen, Appetitlosigkeit, Sodbrennen und Druck in der Magengegend, sowie Verstopfung. Letztere Leiden haben Patientin nicht wieder verlassen, P. ist daher mässig abgemagert.

Status praesens. Die Patientin ist von wenig guter Ernährung.

Der rechte Leberlappen ist nicht vergrössert; in der Gegend der Gallenblase ist eine Resistenz zu fühlen, desgleichen solche oberhalb und unterhalb des Nabels. Der linke Leberlappen ist resistent, sein Rand ist scharf. Die Tumoren sind schmerzhaft und bei der Atmung verschieblich.

Die Lymphdrüsen über der linken Clavicula sind geschwollen.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

8. Frau Lüder, 62 Jahre alt.

Anamnese. Die Patientin ist verheiratet, hat sechsmal normal geboren. Vor 13 Jahren will P. ein Magenleiden gehabt haben, was darin bestand, dass sie nach jeder Mahlzeit erbrechen musste.

Seit 1/4 Jahre ist die P. mit starker Gelbsucht, Schmerzen zwischen Nabel und proc. xiph., die besonders beim Arbeiten sich steigerten, erkrankt. Der Appetit war schlecht, P. magerte stark ab.

Status praesens. Der Ernährungszustand der Patientin ist ein sehr schlechter; die Schleimhäute sind blass. Auf dem Thorax sieht man zahlreiche Haemorrhagien, an Beinen und Armen Excoriationen. Die Beine, besonders stark das linke, sind geschwollen.

Die Leber überragt den Rippenbogen rechts um drei Querfinger; der Rand ist deutlich fühlbar, hart und uneben. Die ganze übrige Leber ist auch ziemlich resistent, uneben und druckempfindlich.

Diagnose. Carcinoma hepatis.

9. Frau Caroline Schütze, 52 Jahre alt.

Anamnese. Die Patientin ist verheiratet, hat viermal normal geboren, giebt an, früher stets gesund gewesen zu sein.

Seit 2 Jahren leidet Patientin zu Zeiten an Magenkrampf. Bei diesen Anfällen soll starker Frost, profuse Schweisse und galliges Erbrechen, sowie Anschwellung des Leibes, welcher alsdann besonders rechts sehr schmerzhaft war, stattgehabt haben. Diese Anfälle traten anfangs alle vier Wochen, in letzter Zeit in Zwischenräumen von 8 Tagen auf. Auch wurden dieselben in letzter Zeit von Gelbsucht begleitet; der Urin war braun gefärbt, der Stuhl weiss. Der Appetit war mangelhaft und die Patientin magerte ab.

Status praesens. Der Ernährungszustand der Patientin ist schlecht; die Haut ist icterisch gefärbt.

Die Leberdämpfung reicht vier Querfingerbreit unter den rechten Rippenbogen, in die Mittellinie bis zum Nabel. Hierselbst fühlt man einen harten, faustgrossen, unebenen Tumor, der bei der Atmung sich verschiebt.

Der Stuhl ist breiig, mässig gallig gefärbt.

Der Urin zeigt Gallenfarbstoffreaction.

Diagnose. Carcinoma hepatis.

10. Frau Amalie Ude, 65 Jahre alt.

Anamnese. Die Patientin ist verheiratet, hat 4mal geboren, giebt an, früher nie krank gewesen zu sein.

Seit $1^1/_2$ Monate leidet Patientin am Magen; Völle, Schmerzhaftigkeit im Bauche, Wasserkolk bestand; daneben Verstopfung, Mattigkeit in den Gliedern.

Status praesens. Die Ernährung der Patientin ist eine gute, die Haut ist leicht gelblich gefärbt.

Die Leberdämpfung reicht in der rechten Mamillarlinie 9 cm unter den Rippenbogen, der untere Rand des

linken Leberlappens steht in Nabelhöhe; die Leber ist nicht schmerzhaft, fühlt sich aber hart und uneben an, besonders imponiert ein etwa apfelgrosser Tumor in den seitlichen Partieen.

Diagnose. Carcinoma hepatis.

11. Frau J. Wellhausen, 54 Jahre alt.

Anamnese. Die Patientin will früher immer gesund gewesen sein.

Die Patientin ist plötzlich mit Erbrechen, Kopfweh, Schwindel, Schmerzen in der Unterbauchgegend und Atemnot erkrankt.

Status praesens. Die Leber kaum vergrössert, ist schwach druckempfindlich. In der Gegend der Gallenblase fühlt man einen harten Tumor.

Diagnose. Carcinoma cystidis felleae.

12. Luise Trümper, 40 Jahre alt.

Anamnese. Die Patientin hat im 7. Lebensjahre die Masern gehabt, sonst ist dieselbe immer gesund gewesen. Patientin ist verheiratet und hat 7 leichte Geburten überstanden. Patientin ist jetzt wiederum schwanger, hat vor 6 Monaten die letzte Regel gehabt.

Vor vier Wochen erkrankte Patientin plötzlich mit Frost und Stechen im ganzen Körper. Die Schmerzen begannen in der Lebergegend, strahlten nach dem Rücken und in die linke Seite aus. Appetitlosigkeit, Erbrechen, Verstopfung und Atmungsbeschwerden stellten sich ein.

Status praesens. Die Patientin ist eine magere und leidend aussehende Frau. Die Haut und Scleren sind icterisch gefärbt. Die Pulsfrequenz beträgt 120, die Atmungsfrequenz 40 p. Minute.

Die Leber reicht in der rechten Mamillarlinie 6 Querfingerbreit über den Rippenbogen, überreicht in der Mittellinie den proc. ensif. ebenfalls um 6 Querfinger. Die Ober-

fläche ist höckerig, ein besonders grosser Tumor fällt in der rechten Seite auf. Das Organ ist stark druckempfindlich.

Quer über den Bauch verläuft ein harter Strang, colontranversum (?).

Die Milzdämpfung ist vergrössert, die Gegend hier ist sehr schmerzhaft.

Der Uterus steht 5 cm unterhalb des Nabels.

In den Infraclaviculargruben hört man geringe Rasselgeräusche.

Im Laufe der 16tägigen Beobachtung tritt Oedem in der Knöchelgegend, Ascites auf; der Tumor wächst.

Diagnose. Graviditas, carcinoma hepatis.

13. Frau Werner, 60 Jahre alt.

Anamnese. Die Patientin giebt an, früher immer gesund gewesen zu sein.

Seit 8 Tagen leidet Patientin an Gelbsucht.

Status praesens. Die Haut und Scleren der Patientin sind icterisch gefärbt. Es besteht Appetitlosigkeit, bitteres Aufstossen, starkes Zucken an den Füssen.

Die Leberdämpfung ist wesentlich vergrössert. Man fühlt an der Leber Tumoren, besonders fällt eine thalergrosse Hervorragung zwischen Nabel und proc. ens. rechts von der Medianlinie, desgl. solche, die eine zwei Querfingerbreit über, die andere dicht unter dem Nabel auf.

Die Milzdämpfung ist vergrössert.

Die Drüsen in den Infraclaviculargruben sind geschwollen.

Der Urin ist spärlich, enthält mässige Menge von Eiweiss, einige granulirte Cylinder und ist icterisch gefärbt.

Diagnose. Carcinoma hepatis.

14. Heinrich Jördens, 45 Jahre alt.

Anamnese. Der Patient leidet seit dem 25. Lebens-

jahre an Magenbeschwerden. Patient hat zuweilen mässige, braune Massen erbrochen.

In letzter Zeit ist das Erbrechen häufiger geworden; der Stuhl war angehalten, öfters war Patient 8 Tage lang ohne Stuhl. Seit 6 Wochen bemerkt Patient eine Geschwulst im Leibe.

Status praesens. Der Patient ist ein blasser, magerer, sehr verfallener Mann, hat keinen Appetit, erbricht häufig saure Massen und klagt über Schmerzen in der Magengegend.

In der Magengegend fühlt man eine harte druckempfindliche, bei der Respiration sich nicht verschiebende Hervortreibung.

Die Leber ist mässig vergrössert und ihre Oberfläche sehr uneben.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

15. August Heise, 68 Jahre alt.

Anamnese. Der Patient will früher immer gesund gewesen sein.

Seit ½ Jahre klagt Patient über Uebelkeit, Erbrechen, Schmerzen in der Magengegend, die besonders heftig nach der Nahrungsaufnahme wurden.

Status praesens. Der Patient ist ein abgemagerter Mann.

In der Magengegend fühlt man einen etwa halbfaustgrossen Tumor.

Die Leber ist vergrössert, ihre Oberfläche höckerig.

Die Supraclaviculardrüsen sind beiderseits geschwollen.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

16. Frau Bindseil, 55 Jahre alt.

Anamnese. Die Patientin, einmal vom Blitz getroffen und auf dem linken Ohre taub, litt vor 7 Jahren an Drüseneiterung am linken Oberschenkel.

Seit 5 Wochen klagt Patientin über saures Aufstossen und Schmerzen im Unterleib. Der Appetit ist immer gut gewesen, trotzdem will Patientin abgemagert und schwach geworden sein.

Status praesens. Die Patientin ist eine sehr abgemagerte Frau; die Haut ist stark icterisch gefärbt. An den Unterschenkeln besteht Oedem, und man sieht mehrere Blutextravasate unter der Haut.

Der Bauch ist stark aufgetrieben und gespannt.

Die Leber ist in die Höhe gedrängt, die Leberdämpfung beginnt zwischen 3. u. 4. Rippe. Unterhalb des rechten Rippenbogens fühlt man eine harte, nicht schmerzhafte Resistenz, desgleichen fühlt man einen Tumor in der Nabelgegend.

Die Lymphdrüsen über der linken Clavicula und unter dem rechten Leistenband sind geschwollen.

Die Milzdämpfung ist vergrössert.

Der Urin ist spärlich, enthält viel Urate, wenig Eiweiss, ist icterisch gefärbt.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

17. Frau Kreitz, 44 Jahre alt.

Anamnese. Patientin hat vor vielen Jahren eine acut fieberhafte Krankheit überstanden; dabei soll eine ziemlich starke Blutung aus den Genitalien statt gehabt haben. Sonst ist Patientin immer gesund gewesen.

Seit 1/2 Jahre klagt Patientin über Appetitlosigkeit, Erbrechen und Stuhlverstopfung.

Status praesens. Die Patientin ist eine blasse magere Frau.

Der Bauch ist flach, dabei gespannt und druckempfindlich.

Die Leberdämpfung beginnt an der 7. Rippe, erstreckt sich einige Querfinger über den rechten Rippenbogen, in der Mittellinie einige Querfinger über den Nabel.

In der regio epigastrica fühlt man einen etwa 50 Pf.-Stück grossen, leicht prominierenden, rundlichen, druckempfindlichen Tumor, desgleichen einige kleine Prominenzen in dessen Umgebung.

Die Lymphdrüsen in beiden Supraclaviculargruben und in den Leistengegenden sind geschwollen.

Geringes Oedem in der Knöchelgegend.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

18. August Nischoff, 65 Jahre alt.

Anamnese. Patient hat im 20. Lebensjahre die Frieseln und Blattern gehabt, im 25. Lebensjahre soll der ganze Körper geschwollen gewesen sein, vor 2 Jahren ist ein Geschwür am Bein geschnitten.

Vor 4 Wochen hat Patient plötzlich Schmerzen, angeblich in Folge Genusses kalten Getränkes, empfunden. Im Leibe soll sich alsdann allmählich eine Geschwulst gebildet haben. Der Appetit ist seit dieser Zeit schlecht, saures Aufstossen und Abmagerung trat ein. Vor 10 Tagen Wasserkolk und Erbrechen schleimiger Massen, Völle im Magen und Uebelkeit darnach.

Status praesens. Der Patient ist ein knochig gebauter Mann, hat blasse Schleimhäute; an den unteren Extremitäten befinden sich dunkle Pigmentirungen, reichliche Borken. Die Venen sind hier stark erweitert, prall gefüllt, besonders links; an der rechten Tibia findet sich eine Schwellung. Der Thorax ist im allgemeinen flach, die Supraclaviculargruben sind eingesunken.

Der Bauch ist ziemlich stark gewölbt, in unteren Partien gleichmässig, in den oberen ungleichmässig durch kleine Prominenzen in der Nähe des Nabels, die sich bei der Atmung verschieben. Die Prominenzen sind hart und geben dumpfen Schall, nur eine Prominenz ist weich elastisch, und scheinbar eine Hernie in der linea alba.

Die Leberdämpfung ist überall vergrössert; man fühlt im Bereiche derselben härtere Prominenzen durch.

Die Milzdämpfung ist vergrössert und verschieblich. Die Milz selbst ist nicht fühlbar.

Zwischen der 5. und 6. Rippe sieht man eine Pulsation mit unregelmässigen Einziehungen. Die Herztöne sind schwach und arythmisch.

Beide Leistenringe sind offen, aber leer.

Der Urin enthält mässige Mengen Eiweiss.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

19. Johann Scheifler, 60 Jahre alt.

Anamnese. Patient hat mehrere Male Lungenentzündung, zuerst im 20. Lebensjahre, überstanden.

Seit 5 Monaten klagt Patient über Uebelkeit, Aufstossen und Erbrechen. Seit 2 Monaten haben sich heftige Schmerzen, die im Epigastrium begannen, sich über den ganzen Leib verbreiteten, hinzugesellt. Seit 14 Tagen ist der Leib geschwollen, seit 4 Tagen die Knöchelgegend. Ab und zu ist Patient heiser gewesen.

Status praesens. Patient ist ein blasser Mann. Es besteht leichte Cyanose der Lippen. Die subcutanen Venen des Bauches sind ausgedehnt, besonders rechts.

Die Beine sind oedematös geschwollen. Das Oedem erstreckt sich, nach oben bis zur Lendengegend.

Der Bauch ist durch Flüssigkeit stark aufgetrieben, ist bei Berührung schmerzhaft, besonders im linken Epigastrium, wo 3 Blutegelstiche, deren Umgebung starke Sugillation zeigt, sich befinden. Man fühlt hier eine handtellergrosse, aus mehreren kirschgrossen Härten bestehende Resistenz. Der Nabel ist vorgetrieben.

Die Leberdämpfung beginnt am untern Rande der 4. Rippe; der linke Leberrand ist deutlich abtastbar,

reicht bis in die linke Mamillarlinie, Der rechte Leberrand steht wenig oberhalb des Nabels.

Die Drüsen in der linken Supraclaviculargrube und in den Leisten sind geschwollen.

Zwischen 4. u. 5. Rippe sieht man eine systolische Einziehung. Der Klappenstoss ist deutlich sichtbar. Die Herzresistenz reicht links bis zur Mamillarlinie, rechts 4—5 cm über den Sternalrand. Die Herztöne sind dumpf.

Rechts hinten unten über den Lungen Zeichen eines geringen Katarrhs.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

20. Michael Wagner, 45 Jahr alt.

Anamnese. Patient will früher stets gesund gewesen sein.

Seit 5 Monaten klagt Patient über Schmerzen in der Gegend des proc. xiph., die nach der rechten Schulter ausstrahlen. Seit 3 Monaten hat sich Appetitlosigkeit und Gelbsucht eingestellt, sowie starkes Jucken in der Haut. Der Urin soll dunkel, der Stuhl thonfarben, bald hart, bald weich gewesen sein. Patient will abgemagert sein.

Status praesens. Patient ist ein mässig gut genährter Mann. Der ganze Körper, mit Schorfen bedeckt, in deren Umgebung starke Röthe besteht, zeigt intensiven Icterus. Unter einigen abgefallenen Borken bemerkt man Pigmentanhäufungen.

Die Leberdämpfung beginnt an der 5. Rippe, erstreckt sich in der rechten Mamillarlinie 3 Querfinger über den Rippenbogen, in der Medianlinie bis zur Mitte zwischen Nabel und proc. xiph. Die Oberfläche der Leber ist höckerig, die Leber an einigen Stellen, besonders in der Gegend der Gallenblase, druckempfindlich.

Bei der Aufblähung des Magens zeigt sich ein Tumor, der diesem anzugehören scheint.

Die Drüsen in der linken Supraclaviculargrube und in den Leisten sind geschwollen.

In den untern hintern Lungenpartieen Zeichen eines mässigen Katarrhs.

Die Menge des Urins ist normal; der Urin zeigt einen gelben Schaum und ein bräunliches Sediment. Der Urin ist braunrot, enthält hyaline Cylinder und icterisch gefärbte diesen aufgelagerte Zellen.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

21. Frau Louise Bethe, 53 Jahre alt.

Anamnese. Patientin ist verheiratet, hat sechsmal normal geboren, will früher nie krank gewesen sein.

Seit ½ Jahre klagt Patientin über äusserst lästigen Wasserkolk, Aufstossen, Brechneigung und zeitweise Schmerzen in der Magengegend. Seit 5 Monaten musste Patientin täglich erbrechen, meistens gleich nach der Mahlzeit. Dieses hat seit 2 Monaten wieder aufgehört. Der Stuhl war angehalten, hell. Patientin will sehr abgemagert sein.

Status praesens. Patientin ist eine magere Frau mit gelblicher Gesichtsfarbe. Im Gebiete der vena saphena sieht man Varicositäten, in der Lendengegend besteht Oedem.

Der Bauch ist stark aufgetrieben, besonders in der Nabelgegend. Die Berührung ist schmerzhaft.

Die Leberdämpfung beginnt am untern Rande der 5. Rippe, überragt in der rechten Mamillarlinie den Rippenbogen um 2 Querfinger. Man fühlt an der Oberfläche der Leber rechts eine apfelgrosse, unebene, nicht scharf abgrenzbare, besonders empfindliche Härte.

Die Milzdämpfung ist vergrössert.

Der Spitzenstoss ist zwischen 4. und 5. Rippe fühlbar,

die Herzresistenz ist nach rechts etwas verbreitert. An der Spitze hört man ein systolisches Geräusch.

Rechts hinten über den Lungen Zeichen eines Katarrhs.

Der Urin enthält kein Eiweiss.

Das Blut ist blass, die farblosen Blutkörperchen sind an Zahl etwas vermehrt.

Im Laufe der Beobachtung wächst der Tumor, der Zustand der Patientin wird schlechter.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

22. Frau Magdalene Döring, 62 Jahre alt.

Anamnese. Die Patientin ist verheiratet, hat vor 20 Jahren zum letzten Male geboren, ist seit 9 Jahren nicht menstruirt, will früher stets gesund gewesen sein.

Seit 1 Jahre klagt Patientin über dyspeptische Beschwerden, seit $^1/_2$ Jahre erbricht Patientin häufiger, meistens am Abend. Seit dieser Zeit besteht Appetitlosigkeit und ist Patientin sehr blass und mager geworden.

Status praesens. Die Patientin ist eine sehr anämische und magere Frau. Der Thorax ist gut gewölbt, die Wirbelsäule leicht kyphotisch.

Der Bauch ist weich, im Epigastrium sowie im Jugulum sieht man deutliche Pulsation.

Die Leberdämpfung beginnt am untern Rande der 6. Rippe, reicht bis zum Nabel, zwischen diesem und dem proc. xiph. fühlt man eine Härte, die sehr druckempfindlich, desgleichen solche 3 Querfingerbreit unter dem rechten Rippenbogen und bis zum linken Rippenbogen ist eine höckerige Oberfläche der Leber zu fühlen. Der Stuhl ist hart.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

23. Carl Weidemann, 33 Jahre alt.

Anamnese. Der Patient giebt an, früher stets gesund gewesen zu sein.

Seit drei Wochen empfindet Patient Druck im Epigastrium und ebendaselbst Schmerzen. Erbrechen hat gelegentlich statt gehabt. Der Leib hat in letzter Zeit an Umfang zugenommen. Die Kräfte haben sehr abgenommen.

Status praesens. Der Patient zeigt ein cachektisches Aussehen und hustet etwas.

Der Bauch ist stark vorgewölbt. Die Leber ist enorm vergrössert, hart, mit einzelnen grösseren Erhabenheiten versehen und auf Druck mässig schmerzhaft.

Die Milzdämpfung ist vergrössert, die Milz selbst fühlbar.

Die Drüsen über der rechten Clavicula und in den Leisten sind geschwollen.

Links hinten unten in den Lungen Catarrh.

Im Laufe der 14tägigen Beobachtung trat öfters Erbrechen ein, bald von weisslicher, bald von brauner Farbe. Der Tumor scheint zu wachsen.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

24. Frau Louise Wild, 61 Jahre alt.

Anamnese. Die Patientin giebt an, stets gesund gewesen zu sein; die Regel war angeblich immer schwach. Patientin ist verheiratet, hat 3 normale Geburten überstanden, ist seit dem 40. Jahre nicht wieder menstruiert.

Vor einem Jahre hat Patientin an heftigen Durchfällen, häufigen Erbrechen und Schmerzen im Leibe gelitten.

Seit ½ Jahre ist Patientin wiederum mit Schmerzen in der rechten Seite und im Rücken, Appetitlosigkeit, Ohrensausen, Erbrechen und Durchfall erkrankt. Allmählich ist Patientin gelb geworden; die Stühle, welche bald dünn, bald normal waren, sind stets von weisser Farbe gewesen. Der Urin ist intensiv rot gefärbt, anfangs mit Blut untermischt gewesen. Patientin will sehr abgemagert sein.

Status praesens. Die Ernährung der Patientin ist untermittelmässig. Starker Icterus ist über den ganzen Körper, besonders über den beiden Scleren verbreitet.

Die Leberdämpfung beginnt an der 6. Rippe, überragt den Rippenbogen um 4 Querfinger, reicht in der Mittellinie noch tiefer mit einem Zapfen, der wohl als Gallenblase anzusprechen ist, herab. Gerade in der Mittellinie fühlt man eine Incisur, von welcher der relativ grosse linke Leberlappen nach unten geht. Die Oberfläche der Leber ist ziemlich glatt, nur am Rande fühlt man einige druckempfindliche Härten.

Die Drüsen in der linken Supraclaviculargrube sind geschwollen.

Der Urin ist mit gelben Schaum bedeckt, und schwarz gefärbt. Der Stuhl ist entfärbt.

Diagnose. Icterus gravis, carcinoma hepatis, wahrscheinlich von der Gallenblase ausgehend.

25. Frau Franziska Koch, 64 Jahre alt.

Anamnese. Die Patientin, verheiratet, hat in ihrer Kindheit das Nervenfieber überstanden. Vor 20 Jahren hat Patientin während der Menstruation an krampfartigen Anfällen, verbunden mit Schmerzen im Magen und Erbrechen schleimiger Massen gelitten.

Vor 3 Monaten erkrankte Patientin an Appetitlosigkeit, häufiger Uebelkeit, Schmerzen in der Magengegend, besonders nach dem Essen und Stuhlverstopfung. Der Magen soll stark aufgetrieben gewesen sein, in der rechten Seite ist lästiger Druck empfunden.

Status praesens. Die Patientin ist eine sehr blasse Frau. Der Thorax ist normal gebaut, die Mammae hängen schlaff herunter.

Der Bauch ist etwas vorgetrieben, besonders unterhalb des Nabels. Es besteht eine Diastase der musc. recti abd.

Die Leberdämpfung beginnt in der Höhe der 5. Rippe; der untere Leberrand reicht rechts 4 Querfinger breit unter Nabelhöhe, der linke steht beinahe in Nabelhöhe. Die Leber ist sehr druckempfindlich, hart und uneben.

In der Leiste fühlt man einen grösseren Knoten, der schon seit 10 Jahren bestehen soll und mehrere kleine druckempfindliche Lymphdrüsen.

Die Herzresistenz ist nach links um 2—3 cm verbreitert. Der erste Ton an der Spitze ist etwas lang gezogen, der 2. Pulmonalarterienton ist etwas verstärkt.

Rechts hinten unten über den Lungen und im Interscapularraum besteht Dämpfung.

Die Aufblähung des Magens ergiebt incontinentia pylori.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

26. August Dehmann, 46 Jahre alt.

Anamnese. Der Patient hat in früherer Zeit stets viel an Kopfweh gelitten, hat im 15. Jahre Scharlach überstanden, ist im übrigen ein kräftiger Mann gewesen.

Vor ½ Jahre hat Patient reichliches Erbrechen bekommen. Seit dieser Zeit empfindet Patient Schmerzen in der Magengegend, die nach links ausstrahlen sollen, klagt über Appetitlosigkeit, Aufstossen und Stuhlverstopfung.

Status praesens. Der Patient ist ein blasser Mann.

In der Magengegend fühlt man eine Resistenz.

Die Leberdämpfung ist vergrössert, überall fühlt sich die Leber hart und höckerig an und ist stark druckempfindlich. Im Laufe der 6wöchentlichen Beobachtung nimmt die Leber bedeutend an Umfang ein, desgleichen der Tumor in der Magengegend. Es stellt sich Oedem in der Knöchelgegend, später auch in den Händen ein. In der Nähe des proc. xyph. wird ein peritonitisches Reiben fühlbar.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

II. Fälle, die zur Section gekommen sind.

27. Carl König, 41 Jahre alt, aufgenommen den 28. XII. 82; gestorben den 6. III. 83.

Anamnese. Patient hat vor 12 Jahren eine Lungenentzündung überstanden, ist sonst stets gesund gewesen.

Vor einem halben Jahre wurde Patient gelb und magerte seit dieser Zeit erheblich ab — verlor 51 Pfund in $^3/_4$ Jahren — obwohl der Appetit immer gut gewesen sein soll.

Status praesens. Patient zeigt eine stark icterisch gefärbte Haut und Schleimhaut; ausserdem fallen am Körper vielfache Haemorrhagien auf, besonders an den Beinen.

Im rechten Hypochondrium besteht ein gewisses Druckgefühl, Schmerzen werden indessen nicht geklagt.

Die Leberdämpfung beginnt unterhalb der 7. Rippe und beträgt in der Mamillarlinie 25 cm, ebensoviel in der Parasternallinie. Bei der Palpation fühlt man die Leber sich bis zur spin. ant. sup. oss. il. dextr. erstrecken. Dieselbe ist hart, leicht höckerig, dicht unter dem Rippenbogen fühlt man deutliche Prominenzen.

Die Milzdämpfung beginnt an der 7. Rippe, auch lässt sich die Milz durchfühlen.

Die Cubitaldrüsen sind geschwollen.

Herz und Lungen zeigen nichts abnormes, Husten besteht nicht, indessen entleert Patient geringe Mengen eines flockig schleimigen Sputum.

Der Urin gieb intensive Gallenfarbstoffreaction, enthält eine geringe Menge Eiweiss, mikroskopisch ergiebt sich das Vorhandensein hyaliner und granulierter Cylinder.

Im Laufe der Beobachtung verschlimmerte sich der Zustand des Patienten bald. Die Abmagerung und der Kräfteverfall nahm rapide zu. Der Appetit wurde gering,

es traten Durchfälle auf; die Leber wurde grösser und sehr schmerzhaft. An den prominierenden Stellen fühlte man deutliches Reibegeräusch. Bald stellte sich Erguss im Bauche ein. Geringe Bronchitis wurde nachgewiesen. Mehrere Male erbrach der Kranke. In der letzten Zeit schlief Patient viel; mehrere Tage vor dem ex. laet. war Patient bewusstlos.

Diagnose: Carcinoma hepatis, wahrscheinlich ausgegangen von den grossen Gallenwegen, Matastasen in den Lymphdrüsen, Nephritis, Ascites, Icterus, Bronchitis.

Obduction: Primäres Carcinom des ductus choledochus, secundäre carcinomatöse Entartung der Leber. Diese ist beträchtlich vergrössert, von zahlreichen bis etwa wallnussgrossen Krebsnoten, welche im Centrum teilweise verfettet sind, durchsetzt. Der linke Lappen zeigt einen etwa apfelgrossen Knoten. Die Lebersubstanz ist dunkelgrün gefärbt. Erweiterung der Lebergallengänge, chronischer Katarrh und auffallende Erweiterung der Gallenblase, in welcher ausserdem eine Blutung stattgehabt hat.

Carcinomatöse Entartung der Lymphdrüsen, der Lunge, des Herzens, des Peritoneums und der linken Niere.

Vergrösserung der Milz.

28. Frau Dorette Kleinhans, 68 Jahre alt, aufgenommen den 18. Februar 1881, gestorben den 24. März 1881.

Anamnese: Die Patientin hat im 26. Lebensjahre das Nervenfieber überstanden, will sonst immer kräftig und gesund gewesen sein.

Im October 1880 will Patientin nach starker Anstrengung Schmerzen in der linken Bauchgegend verspürt haben. Diese sind bald wieder vergangen. Mitte December 1880 haben sich Schmerzen in der Magengegend, Völle daselbst,

besonders nach dem Essen und Uebelkeit eingestellt. Der Bauch ist angeschwollen. Abmagerung und Schwäche in den letzten Wochen soll eingetreten sei.

Status praesens. Die Patientin ist eine verhältnissmässig gut genährte Frau.

Der Bauch ist stark aufgetrieben und es lässt sich in demselben Flüssigkeit nachweisen.

Die Leberdämpfung ist kaum vergrössert. Im Epigastrium fühlt man etwa 2 Querfingerbreit unterhalb des Nabels eine circumscripte, etwa taubeneigrosse prominierende Härte; dieselbe ist druckempfindlich und scheint dem linken Leberlappen anzugehören. Auch die Palpation des rechten Leberlappens ist schmerzhaft; rechts vom Nabel am äusseren Rande des musc. rect. abd. dext., ferner 4 Querfingerbreit unter dem rechten Rippenbogen tief eindringend fühlt man weitere Prominenzen.

Die Milzdämpfung ist etwas vergrössert.

Der Stuhl ist hart, die Diurese spärlich. Urin eiweisshaltig. Im Laufe der Beobachtung nimmt Uebelkeit und Abmagerung zu, der Ascites wächst so stark, dass derselbe punctiert werden musste, es tritt Oedem in der Knöchelgegend auf. Patient hustet einige Klumpen Blut 14 Tage vor dem ex. laet. aus, wird 2 Tage vor dem ex. laet. comatös.

Diagnose. Ascites, carcinoma ventriculi et hepatis.

Obduction. Scirrhus gelatinosus ventriculi.

Die Leber zeigt kirschgrosse und einige erbsengrosse Krebsknoten, im rechten Leberlappen prominiert ein etwa thalergrosser Tumor.

Carinomknoten in den Ovarien, den Nieren, der Schilddrüse, dem Peritoneum. Ascites. Oedem der untern Extremitäten.

Hydrothorax, Pleuritis adhaesiva, Emphysem, Oedem und Hypostase der Lungen.

Parenchymatöse und interstitielle Nephritis, Cysten in den Nieren.

Fettige und braune Atrophie des Myokards. Fettfleck am vorderen Mitralsegel und der Intima im Anfangsteil der Aorta. Endocarditis valvularis aortica basilaris fibrosa. — Colitis.

29. Wilhelm Fläntje, 33 Jahre alt, aufgenommen den 22. November 1883, gestorben den 8. December 1883.

Anamnese: Der Patient hat früher wenige Tage an Frieseln gelitten, ist sonst stets gesund gewesen.

Seit einigen Monaten klagt Patientin über Appetitlosigkeit, Schmerzen im Bauche, besonders rechts. Einige Male hat Patient erbrochen, einmal war Blut im Erbrochenen. Allgemeine Schwäche und Abmagerung haben sich eingestellt.

Status praesens: Der Patient ist ein hochgradig anämischer Mann. Die Conjunctiven sind leicht icterisch gefärbt.

Der Bauch ist aufgetrieben, schmerzhaft und enthält Flüssigkeit.

Die Leberdämpfung beginnt am untern Rande der 5. Rippe, reicht in der rechten Mamillarlinie 2 Querfingerbreit unter Nabelhöhe. Die Leber ist stark druckempfindlich, ihr Rand ist hart, ihre Oberfläche uneben.

Der Spitzenstoss ist nicht fühlbar. Man sieht im 3. und 4. Lebercostalraum ausgedehnte Einziehungen. An der Spitze hört man ein systolisches Geräusch. Die Resistenz ist auf beiden Seiten etwas vergrössert.

Patient hat blutige Massen erbrochen.

Diagnose: Carcinoma ventriculi et hepatis.

Obduction: Carcinoma pylori ulcerosum.

Die Leber, durchsetzt von Geschwulstmasse, zeigt an ihrer Oberfläche zahlreiche, im allgemeinen kirschgrosse Knoten. Ueber den Knoten und in deren Umgebung findet sich starke Rötung. Auf dem Durchschnitt sieht man apfelgrosse Knoten. Im Innern derselben kann man noch ganz wohl Acinuszeichnung erkennen, neben den Knoten sieht man Stellen, wo man mehr eine Infiltration des Leberparenchyms durch Krebsmasse ohne bestimmte Abgrenzung erkennt. Im allgemeinen hat das Parenchym der Leber eine helle gelbbräunliche Färbung, an einigen Stellen, besonders in der Nähe der Geschwulstmassen, besteht Cyanose und cyanotische Atrophie. Die Leber wiegt 4411 g, ihre Breite = 32 cm, Höhe = 25 cm, Dicke = 12 cm. Krebsknoten auf den Peritoneum, in der excavatio vesicalis, in den Bronchialdrüsen, den Drüsen über der linken Clavicula, in den Lungen. Freie Krebszellen im ductus thoracicus.

Ascites; Oedem der untern Extremitäten, des Scrotums und des Thorax.

Hydrothorax, Hyperämie und Oedem der Unterlappen.

30. Heinrich Hamann, 47 Jahre alt, aufgenommen den 19. Januar 1884, gestorben den 2. Februar 1884.

Anamnese. Der Patient giebt an, früher stets gesund gewesen zu sein.

Seit 1/4 Jahr ist Patient erkrankt mit Schmerzen in der Nabelgegend; in den letzten 7 Wochen hat Patient öfters Aufstossen und Erbrechen grüngelber Massen gehabt.

Status praesens. Der Patient ist ein sehr abgemagerter Mann. Die Haut zeigt starken Icterus, es besteht geringe Struma.

In der oberen Bauchgegend bis 3 Querfingerbreit oberhalb des Nabels, sowie am rechten und linken Leberlappen fühlt man harte unebene Knoten.

Die Leberdämpfung beginnt an der 6. Rippe; der rechte Leberlappen überragt den Rippenbogen, ist druckempfindlich, hat einen scharfen Rand.

Die Milzdämpfung ist vergrössert.

Die Diurese ist reichlich, der Urin enthält kein Eiweiss, giebt keine Gallenstoffreaction.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

Obduction. Ulcus pylori carcinomatosum.

Verbreitung des Krebses, besonders auf den Lymphwegen nach den retroperitonealen, portalen Lymphdrüsen, der Leber, den rechtsseitigen Bronchialdrüsen, den Lungen.

Die Leber enthält zahlreiche kleine und grosse Geschwulstknoten, die teilweise deutlich in die Glissonsche Kapsel, Gallengänge und Gefässe hinein sich entwickelt haben. Ein Teil der serosa ist intensiv gallig gefärbt, mässiger Grad von icterus viridis hepatis.

Krebsknoten auf dem Peritoneum, ein Knoten im rechten Herzen, ein ulceröser Knoten im Dickdarm, krebsige Struma des einen, gewöhnliche Struma des andern Lappens der gland. thyroidea.

Atrophie des Herzens, gallertige Atrophie des Herzfettes und des Knochenmark.

Allgemeiner Icterus.

31. Friedrich Eilers, 56 Jahre alt, aufgenommen den 14. Mai 1884, gestorben den 14. Juni 1884.

Anamnese. Im 30. Lebensjahre hat Patient die Gelbsucht gehabt; dabei sollen Schmerzen in der Magengegend und Völle daselbst bestanden, Erbrechen dunkler Massen stattgehabt haben.

Vor einem halben Jahre bekam Patient wiederum Schmerzen in der Magengegend. Der Appetit wurde schlecht, Patient magerte sehr ab.

Status praesens. Der Patient ist ein sehr blasser Mann, an den Händen, Vorderarmen und Füssen besteht Oedem.

In der Unterbauchgegend fühlt man mehrere haselnussgrosse, verschiebliche, indolente Härten, eine dergleichen in der epigastischen Gegend zwischen proc. xiph. und dem Nabel. Diese letztere Härte erstreckt sich 5—6 cm nach links, 3—4 cm nach oben. Unter dem rechten Rippenbogen sind gleichfalls Resistenzen zu fühlen.

Die Leberdämpfung beginnt am obern Rande der 7. Rippe, der untere Leberrand überragt den Rippenbogen um 3 Querfinger.

Die Milzdämpfung ist vergrössert.

Die Drüsen über den linken Clavicula und in den Leisten sind geschwollen.

Der Spitzenstoss ist nicht sichtbar. Die Herzresistenz ist nach rechts verbreitet, Puls- und Atem-Frequenz sind etwas vermehrt.

Rechts hinten über den Lungen geringe Dämpfung.

Das Blut ist blass; die weissen Blutkörperchen sind relativ vermehrt.

Diagnose. Pockilocythämie; Carcinoma ventriculi et hepatis.

Obduction. Carcinoma pylori. Verbreitung des Krebses auf das lig. hepato. duodenale, auf die Drüsen an der porta hepatis, auf das Duodenum auf die Leber.

An der concaven Oberfläche der Leber zeigen sich zahlreiche narbige Verdickungen der Kapsel, besonders links, wo in auffälliger Weise 2 bis 10 Pfennigstück grosse Stellen über die granularatrophische Umgebung sich erheben. Der Lobus anterior ist fast ganz von einem grossen markigen Krebstumor eingenommen. Diesen Tumor sieht man auf dem Durchschnitt sich noch weiter in das Parenchym

erstrecken, er umlagert einen Pfortaderast, in welchem sich ein wenig der Wand adhärirender, nur an einer Stelle fest ansitzender krebsiger Tumor sich befindet. Das Aussehen der Leber ist im ganzen gräulich braun, die Acini sind wenig deutlich. Die Gallengänge sind erweitert und krebsig entartet.

Die Milz ist vergrössert, enthält eine Cyste.

Starker Hydrops der Extremitäten, besonders links. In vielen Muskelvenen sitzen Thromben, die der Wand ziemlich fest adhärierend, meist gelbgrau, teilweise dunkelrot gefärbt sind. Geringer Ascites.

Emphysem der Lunge. In einem Ast des rechten Unterlappens findet sich ein gelbgrauer, im Centrum erweichter Embolus. Oedem der Lungen.

Verfettung der Trabekeln, besonders im linken Ventrikel.

Kalkinfarct in der Niere. Ein kleiner Krebstumor sitzt unter der Kapsel der rechten Niere.

32. Frau Hofmann, 68 Jahre alt, aufgenommen den 10. October 1883, gestorben den 27. October 1883.

Anamnese. Patient giebt an, früher stets gesund gewesen zu sein.

In den letzten Jahren litt Patientin häufig an Magenbeschwerden, die mit heftigen Frost einsetzten. Einige Male wurde dabei Erbrechen beobachtet, die erbrochenen Massen waren gering.

Seit 8 Monaten traten heftige Schmerzen auf, seit 2 Monaten ist der Leib dick, die Füsse geschwollen.

Status praesens. Die Patientin ist eine sehr abgemagerte Frau, von blass gelblicher Gesichtsfarbe. Die Venen des Halses und des Thorax sind mässig ausgedehnt.

Die untern Extremitäten, die Gegend des Kreuzbeines und angrenzende Partieen sind oedematös.

Der Bauch ist stark ausgedehnt, giebt bis 4 Querfingerbreit unterhalb des Nabels gedämpften Percussionsschall; Fluctuation ist deutlich nachweisbar. Oberhalb des Nabels ist ein derber Tumor durchzufühlen, desgleichen in der rechten untern Bauchgegend.

Die Leberdämpfung beginnt zwischen 4. und 5. Rippe; der untere Rand reicht 3 Querfinger unter den Rippenbogen in der rechten Mamillarlinie, der linke Leberlappen reicht nicht abnorm weit nach unten, dagegen etwas mehr nach links. Die Oberfläche der Leber ist hart, im allgemeinen glatt.

Die Milzdämpfung ist vergrössert.

Das Herz ist etwas nach links verbreitert.

Die Lymphdrüsen über der linken Clavicula sind geschwollen.

Der Stuhl ist oft schwarz, mit roten Blutkörperchen innig verbunden.

Der Urin ist an Menge vermindert, trübe, sauer, ohne Eiweiss.

Es werden geballte, schleimige Sputa entleert.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

Obduction. Diffuse Carcinose des Magens.

Die Leber, mit breiter Schnürfurche versehen, zeigt schon von aussen eine Anzahl bis wallnussgrosser Geschwulstknoten, die auf den Durchschnitt weich, fast zerfliesslich erscheinen und graurötlich gefärbt sind.

Krebs der Lymphdrüsen, des peritoneums.

Schrumpfung der Gallenblase mit Gallenblasen-Duodenalfisteln. Erweiterung der Gallengänge, die teilweise Concremente enthalten und einen Spulwurm.

Oedem der untern Extremitäten. Ascites, Hydrops des proc. vermiformis.

Hyperämie und Oedem der rechten Lunge.

Leichte Mitralendocarditis, Atrophie des Herzens, der Milz, der Nieren. Atherom der Aorta.

Oedem der pia mater und des Gehirns.

33. Frau Messerschmidt, 77 Jahre alt, aufgenommen den 15. Januar 1884, gestorben den 3. Februar 1884.

Anamnese. Die Patientin will früher stets gesund gewesen sein.

Vor 3 Wochen hatten sich Appetitlosigkeit und Leibschmerzen eingestellt, angeblich nach einem Falle auf die Seite.

Status praesens. Die Patientin ist eine kleine fettarme Person, klagt über Schmerzen im Epigastrium und der Unterbauchgegend, über Appetitlosigkeit und saures Aufstossen. Die Schmerzen seien besonders stark im untern Teil des Rückens und der Lendengegend, von wo sie gürtelförmig um den Leib ziehen.

Der Bauch ist ziemlich dick. Man sieht und fühlt einige Prominenzen, die besonders rechts sehr schmerzhaft sind, in der rechten Mamillarlinie und vorderen Axillarlinie.

Die Leberdämpfung überragt den Rippenbogen um 2 Querfinger, die Leber ist hart anzufühlen. Der linke Leberlappen ist normal gross.

Die Drüsen über der linken Clavicula und in den Leisten sind geschwollen und druckempfindlich.

Die Herztöne sind arythmisch, der erste Ton ist langgezogen; an der Spitze hört man ein systolisches Geräusch.

Der Urin ist spärlich, enthält viel Sediment, ein wenig Eiweiss.

Im Laufe der Beobachtung wachsen die Tumoren schnell und schmerzen sehr.

Icterus stellt sich ein, im Harn wird Gallenfarbstoff nachgewiesen. Mehrmals erfolgte Erbrechen saurer schleimiger Massen. Die Temperatur war fast immer eine subnormale, ging bis 36,1 herab.

Diagnose. Carcinoma hepatis.

Obduction. Primärer Krebs der Gallenblase, secundärer Krebs des ductus choledochus, zahlreicher Lymphdrüsen, des Pankreaskopfes, des Duodenums, des Peritoneums.

In der Leber zeigt sich eine grosse diffuse Krebsbildung, an welche sich peripherisch einzelne Krebsknoten anschliessen. Eine grosse Zahl dieser findet man besonders in der Nähe des Hilus der Leber, wo sich die Krebsbildung deutlich an den Verlauf der Gallenwege anschliesst. Allgemeiner, aber geringer Icterus der Leber. Verkalktes Pentastomum in der Leber.

In der Gallenblase findet sich ein Gallenstein.

Ectasie des Magens, blutiger Mageninhalt mit Sarcine.

Hydrops und Icterus universalis, geringer Ascites.

Ein kleiner Krebsknoten im Epicard und in der Pleura.

34. Frau Elise Münscher, 33 Jahre alt, aufgenommen den 16. Juni 1884, gestorben den 28. Juni 1884.

Anamnese. Die Patientin ist verheiratet, hat 4 normale Geburten überstanden, will früher stets gesund gewesen sein.

Seit ½ Jahre klagt Patientin über Herzklopfen, seit 5 Monaten hat Patientin eine Geschwulst zwischen Nabel und Herzgrube bemerkt. Nach dem Essen hat sich öfters Erbrechen eingestellt. Das Erbrochene bestand aus kaffebraun aussehenden Massen. Der Stuhl war hart und

schwarz. Der Appetit ist schlecht. Patientin will sehr abgemagert sein.

Status praesens. Die Patientin ist eine blasse, schlecht genäherte Frau.

Ein Fingerbreit über dem Nabel sieht man eine starke systolische Pulsation.

Eine ungleichförmige, schmerzhafte Resistenz, die sich in der rechten Mamillarlinie bis zum Rippenbogen, nach links bis zur Parasternallinie, nach oben bis zum proc. xiph., nach unten bis unter den Nabel sich erstreckt, ist fühlbar.

Im Laufe der Beobachtung wächst der Tumor bis Handbreit über der Symphyse, häufiges Erbrechen, Icterus und Ascites treten in den letzten Tagen auf. Im Harn ist Eiweiss vorhanden.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

Obduction. Kleiner ulceröser Pyloruskrebs mit Erweiterung des Magens. Ausgedehnte Krebsbildung in den umliegenden Lymphdrüsen, besonders in denen des Mesenteriums.

In der Leber finden sich eine Anzahl erbsen- bis kirschkern-grosser Knoten, meist mit centraler Necrose, von opak-gelblicher, etwas galliger Färbung. Die Lebergallengänge sind nicht erweitert, die Acini deutlich sichtbar, im Centrum icterisch gefärbt.

Krebsknoten in dem Pancreas, krebsige Lymphangitis beider Lungen und der Bronchialdrüsen.

Dilatation, necrotische Perforation des obern Teiles des ductus choledochus; gallige Infiltration und necrotische Entzündung des lig. hepato-duodenale.

Die Milz ist ein wenig vergrössert; die Pulpa ist sehr weich, die Färbung ist ungleichmässig hell und dunkelrot

Ascites, allgemeiner Icterus.

35. Franz Rust, 55 Jahre alt, aufgenommen den 27. Februar 1883, gestorben den 21. März 1883.

Anamnese. Der Patient hat vor 20 Jahren an einem nicht näher zu eruierendem Genitalleiden gelitten, viele Jahre ferner an Rheumatismus, besonders in den Fuss- und Kniegelenken, aber auch in den Muskeln des Unterschenkels und des Armes.

Vor 3 Wochen trat eine Schwellung des Leibes ein, geringe Schmerzen in der Lebergegend, Auswurf, mit Blut zuweilen untermischt. Patient will abgemagert sein.

Status praesens. Der Patient ist ein knochig gebauter Mann mit schlaffer Musculatur, rechter überzähliger Brustwarze.

Der Bauch ist stark aufgetrieben. Man fühlt einen harten Tumor, der nach links abwärts 2 Finger unterhalb des Nabels reicht, den linken Rippenbogen zwischen der Mamillarlinie und der vorderen Axillarlinie schneidet. Rechts unten ist derselbe bis in die Hüftbeingrube zu verfolgen. Der Tumor ist scharfrandig, lässt sich in die Höhe heben, mit fühlbarer Incisur, von der Leber nicht isolierbar. Die Oberfläche ist hart, höckerig, links druckempfindlich.

Die Milzdämpfung ist sehr vergrössert.

Die Lymphdrüsen über der Clavic. sinistr. und in den Leisten sind geschwollen.

Der rechte testis ist grösser und fluctiert.

Der Spitzenstoss ist schwach sicht- und fühlbar. Die Herzresistenz ist auf beiden Seiten bedeutend verbreitert. Der erste Ton ist von einem Geräusch begleitet.

Der Urin ist eiweisshaltig.

Schleimige, zähe, spärlich Sputa werden expectoriert.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

Obduction. Carcinoma ventriculi.

Die Leber ist beträchtlich vergrössert. Volumen be-

trägt 3175 ccm, Gewicht 4760 g. Der linke Leberlappen ist auffällig härter anzufühlen als der rechte, auch sieht man an dessen Oberfläche dichterstehende Geschwulstmassen als an dem rechten Lappen. Die Hauptmasse der letzteren zeigt normales Parenchym, welches durchsetzt ist von vielen kleinen Knötchen. In den hinteren Ausschnitten ist fast gar kein normales Parenchym zu sehen. Dort, wo die Zeichnung der Acini noch hervortritt, sieht man deutlich graue Geschwulstknoten in das Lebergewebe infiltriert. Die Färbung ist eine sehr verschiedene, teils gelblich rot, teils graurötlich.

Die Milz ist beträchtlich vergrössert, deren Kapsel verdickt.

Kleinste Krebsknötchen an der Pleura, mehrere grössere an den Rippen.

Hydrothorax; Oedem u. Hyperämie der Lungen.

Herz ist schlaff und dilatirt, Atherom der Aorta.

Fibrom und Cysten in den Nieren.

Oedem der pia mater.

Struma cysticum haemorrhagicum.

Krebsige Entartung der Lymphdrüsen.

36. Carl Schimmelpfeng, 62 Jahre alt, aufgenommen den 20. Juli 1884, gestorben den 25. Juli 1884.

Anamnese. Der Patient, auf dem linken Ohre seit 12 Jahren taub, will stets gesund gewesen sein.

Vor ½ Jahre will Patient plötzlich an Appetitlosigkeit, Aufstossen und Erbrechen saurer heller Flüssigkeiten erkrankt sein. Später gesellte sich Gelbsucht hinzu. Der Stuhl wurde hart, tonfarben, der Urin war oft dunkelschwarz mit gelbem Schaum. Kreuzschmerzen beim Liegen auf dem Rücken traten auf. Patient will auch abgemagert sein (16 Pfund verloren haben).

Status praesens. Der Patient ist ein abgemagerter, icterisch gefärbter Mann. Die Extremitäten, welche bis ans Scrotum geschwollen sind, sind kühl. Am linken Beine sind starke Varicen. Die Temperatur ist eine subnormale, beträgt nur 36,6°. Patient befindet sich in comatösem Zustande, Berührung der Nabelgegend scheint schmerzhaft zu sein.

Der Bauch ist im ganzen weich; quer durch das Epigastrium sieht man eine Rinne ziehen, während der übrige Teil, in dem man eine systolische Pulsation bemerkt, ziemlich vorgetrieben ist.

Die Leberdämpfung beginnt an der 4. Rippe, reicht bis zur Nabelhöhe. In der Lebergegend fühlt man unebene, nicht druckempfindliche Resistenzen, auch im Epigastrium sind solche fühlbar.

Die Milzdämpfung ist vergrössert, reicht bis 4 cm über die vordere Axillarlinie hinaus.

Herz normal, Spitzenstoss zwischen 4. u. 5. Rippe fühlbar.

Vorn rechts oben in den Lungen Zeichen eines geringen Katarrhs.

Der Urin hat eine schmutzig grünliche Färbung, giebt Gallenfarbstoffreaction. Im Urin finden sich gelbbräunliche Epithelien und Detritus.

Der Stuhl ist dünn und braun gefärbt.

Diagnose. Carcinoma hepatis.

Obduction. Carcinom des untern Teiles des ductus choledochus.

In der Leber, die wenig vergrössert ist, finden sich zahlreiche kleine Geschwulstknötchen, die grössten erreichen etwa Kirschgrösse. Ausserdem ist die Leber stark icterisch gefärbt.

Secundäre Krebsknoten in einigen Lymphdrüsen, in der excavatio recto versicalis.

Erweiterung des ductus choledochus im obern Teile, der Lebergallengänge, der Gallenblase, des ductus pancreaticus. Drüsensubstanz des pancreas ist atrophisch.

Ectasie des Magens durch Verengerung des Duodenums.

Allgemeiner Icterus, Oedeme der unteren Extremitäten, starke varicöse Veränderungen an der linken untern Extremität. Alte Unterbindung der art. femor. sinistr. Geringer Ascites.

Blutungen im Epicard.

Nierenverfettung.

Beiderseitige Phthise in den Lungenspitzen, adhäsive Pleuritis links, geringes Oedem beider Lungen.

Die Milz ist klein; auf dem Durchschnitt treten die Trabekel stark hervor. Die Pulpa ist von chocoladenbrauner Färbung. Die Kapsel ist runzlich.

37. Caroline Dolle, 38 Jahre alt, aufgenommen den 27. April 1882, gestorben den 19. August 1882.

Anamnese. Patientin hat im 9. Lebensjahre das Nervenfieber, im 18. Jahre die Bleichsucht überstanden. Vor 4 Jahren will Patientin einmal sehr heftiges Nasenbluten gehabt haben.

Das jetzige Leiden soll schon vor 3 Jahren mit bitterm Aufstossen, Appetitmangel, Stuhlverstopfung, häufigem Kopfschmerzen, Ohrensausen und Schlaflosigkeit begonnen haben. Seit 3 Wochen hat sich Gelbsucht eingestellt.

Status praesens. Die Patientin ist von mittelmässiger Ernährung, zeigt hochgradige Anämie, trockne Haut, stark icterische Verfärbung, geringe Varicen an den Unterschenkeln.

Der Bauch ist geschwollen, besonders in den untern Teilen. Es lässt sich hier Flüssigkeit nachweisen. Ausser-

n fühlt man in den untern Partieen mehrere grosse moren, welche hart, höckerig, nicht schmerzhaft sind. ater dem linken Rippenbogen fühlt man ebenfalls eine sistenz, die nach unten nicht abzugrenzen ist, aber sehr hmerzt. Auch per vaginam kann man diese Tumoren hlen, da dieselben in das kleine Becken hinabragen und s Scheidengewölbe rechts verengt haben.

Die Leberdämpfung beginnt in der Höhe der 5. Rippe, nicht in der Mamillarlinie 3 cm oberhalb des Nabels. ach links geht die Leberdämpfung in die vergrösserte ilzdämpfung über.

Der Spitzenstoss ist zwischen 4. und 5. Rippe fühlbar. ie Herzresistenz überragt die linke Mamillarlinie um 2 cm. eber der Herzspitze und der Pulmonalarterie hört man n schwaches systolisches Geräusch.

Die Drüsen über der linken Clavicula und in den eisten sind geschwollen.

Der Stuhl ist farblos; das Erbrochene ist meist stark allig gefärbt.

Das Blut ist blass, Geldrollenbildung der Blutkörper- hen wenig ausgesprochen. Die Blutkörperchen haben eine efe centrale Depression.

Im Laufe der Beobachtung ist der Stuhl wieder gallig efärbt, das Erbrechen wird häufiger, der Urin wird pärlich gelassen und ist icterisch geworden. An den ntern Extremitäten entwickelt sich Oedem.

Diagnose. Carcinoma hepatis.

Obduction. Carcinoma ventriculi.

Die Leber ist klein, von sehr fester Consistenz und von chmutzig grünbrauner Färbung. Auf dem Durchschnitt eht man die Lumina der ectastischen Gallengänge, die ie der mitlaufenden Gefässe jedesmal übertreffen, und erner im Innern kirsch- bis nussgrosse Geschwulstknoten.

Die Leberzellen sind makroskopisch gänzlich fettarm, enthält feinkörniges braunes Pigment, auch schölliges, gelbes und grünes. Microskopisch zeigen die weissen Geschwulstknoten eine meist cylinderzellige krebsige Neubildung.

Krebsige Metastasen in Lymphdrüsen, Peritoneum, lig. hepato-duodenale.

Constrictur des duct. hepatis und duc. cysticus. Hydrops und Dilatation der Gallenblase, Dilatation der Gallengänge mit Gallenstauung.

Allgemeiner Icterus und braune Atrophie. Milzinfarct, Krebsknoten an der porta lienis.

Parenchymatöse Nephritis.

Alte Pleuritis, agonale Kothaspiration.

Cystome beider Ovarien und fibrosarcomatöse Entartung der Wandungen dieser.

Anteflexio uteri, Polyp der Uterusschleimhaut.

38. Heinrich Korf, 41 Jahre alt, aufgenommen den 31. März 1880, gestorben den 21. April 1880.

Anamnese. Patient will früher stets gesund gewesen sein.

Vor 1 Jahre hat Patient nach vorhergegangenen Kopfschmerzen erbrochen, vor 4 Monaten hat Patient eine ziemlich grosse Menge Blut entleert. Seit 14 Tagen fühlt sich Patient unwohl und will abgemagert sein.

Status praesens. Patient ist ein kräftig gebauter, aber magerer Mann. Derselbe klagt über Atembeschwerden und kann nur auf der linken Seite liegend inspieriren.

Der untere Theil des Thorax und die obere Bauchgegend sind hochgradig angeschwollen. Man fühlt einen höckrigen unregelmässigen Tumor, der oben mit der Leberdämpfung beginnt, sich nach unten bis Nabelhöhe, links aufwärts bis zum Rippenbogen sich erstreckt.

Die Milzdämpfung ist sehr vergrössert.

Die Drüsen über der linken Clavicula und in den Achseln sind geschwollen.

Die Herzresistenz überragt den rechten Sternalrand um 4 cm; die Töne sind unrein.

Gegen Ende des Lebens stellten sich heftige Schmerzen im Leibe, Stuhlverstopfung, vorübergehende Schwellung in der regio parotidea ein. Der Urin wurde icterisch, desgleichen die Brust.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

Obduction. Carcinoma ventriculi.

Die Leber ist stark vergrössert, ist 30 cm breit, 25 cm hoch und 16 cm dick. Von normalem Parenchym im linken Leberlappen ist fast nichts mehr zu sehen, hier und mehr zerstreut im rechten Leberlappen finden sich zahlreiche kleinere und grössere, bis faustgrosse Tumoren, von graugelber Farbe; die grössten Krebstumore zeigen auf der Oberfläche eine Delle.

Krebsige Entartung der epigastrischen, mediastinalen, tracheal en und bronchialen Lymphdrüsen, und der rechten Nebenniere. Krebsknötchen im Zwerchfell.

Geringes Ascites. Milz hat eine dicke Kapsel, auf dem Durchschnitt treten die Trabekel deutlich hervor, hat eine blassgraue Farbe.

Braune Atrophie der Herzmuskulatur.

Oedem und Hypostase in der rechten Lunge.

Nephritis parenchymotosa mit Ausgang in Verfettung.

Colitis catarrhalis acuta.

Schwacher Icterus der äusseren Haut und der Conjunctiva.

29. Heinrich Schmidt, 58 Jahre alt, aufgenommen den 11. März 1880, gestorben den 11. April 1880.

Anamnese. Patient hat vor 10 Jahren Schlagfluss

gehabt nach 2stündiger Aura. Vollständige Lähmung der rechten Ober- und Unterextremität trat ein, schwand aber später vollständig. Patient hat ausserdem 3mal Lungenentzündung überstanden, ist ferner vor 8 Jahren wegen Gelenkrheumatismus behandelt.

Seit längerer Zeit klagt Patient über Stuhlbeschwerden. Vor 3 Monaten hat Patient erbrochen; solches wiederholte sich in jeder Woche. Das Erbrochene war gallig gefärbt, zuweilen mit Blut untermischt. Saures Aufstossen und Schlingbeschwerden, in letzter Zeit stellte sich Heiserkeit ein.

Status praesens. Der Patient ist ein kräftig gebauter, mässig muskulöser, völlig fettarmer Mann. Gesicht und Schleimhäute sind blass.

Der Bauch ist gewölbt; Flüssigkeit lässt sich in demselben nachweisen. Im Epigastrium prominiert ein Tumor. Derselbe verläuft vom rechten zum linken Hypochondrium, ist überall deutlich abgrenzbar, zeigt eine Einkerbung, folgt den Atembewegungen. Die Palpation des Leibes ist überall schmerzhaft. Die Percussion des Tumors giebt einen gedämpften Schall. Die Leberdämpfung beginnt an der 7. Rippe, ist nach links nicht vergrössert.

Die Milzdämpfung ist vergrössert.

Die Lymphdrüsen über der linken Clavicula, in der Ellenbeuge und den Leisten sind geschwollen.

Rechts findet sich eine Scrotalhernie.

Die Herzresistenz ist verbreitert, der erste Ton ist unrein. In den Lungen mässiger Katarrh.

Im Laufe der Beobachtung erbricht Patientin mehrmals, fieberte, klagt über starke Gliederschmerzen, über Durchfall und Schwäche. Starkes Oedem der untern Extremität, rasches Wachsen der Tumoren wird beobachtet.

Diagnose. Multiple Gelenkentzündung, carcinoma ventriculi et hepatis.

Obduction. Carcinoma ventriculi.

Die Leber ist enorm vergrössert, wiegt 5265 g. An der Oberfläche sieht man unebene, etwas gelb aussehende Prominenzen. Auf dem Durchschnitt sieht man verschieden grosse Krebsknoten, die grössten im linken Lappen, und im Centrum erweicht. Partielle Atrophie der Leber, vicariirende Hypertrophie.

Krebsige Entartung vieler Lymphdrüsen, in beiden Lungen Krebsknoten.

Anasarka der untern Extremität und des Rumpfes. Arthritis deformans, besonders am linken grossen Zehen.

Ausgedehnte pericardiale Verdickung, leichter endocardial und der Klappen des linken Ventrikels. Atherom der Aorta. Ephysema Pulmonum.

Relativ grosse Milz und Nieren. Nephritis chronica, Divertikel der Harnblase, kleines Lipom des Netzes.

40. Frau Marie Schröder, 60 Jahre alt, aufgenommen den 13. December 1877, gestorben den 4. Januar 1878.

Anamnese. Die Patientin ist verheiratet, hat vor 24 Jahren eine schwere Geburt überstanden.

Vor ½ Jahre verlor die Patientin beim Waschen eine Masse Blut aus dem Munde, kurz darauf erbrach sie eine ziemlich grosse Quantität klumpigen dunklen Blutes ohne Beimengung von Ingestis. Patientin hat täglich 2—3mal dünnen Stuhl, seit 3 Monaten geschwollene Beine und will sehr schwach und mager geworden sein.

Status praesens. Die Patientin ist eine blasse sehr magere Frau, atmet mühsam, hat geschwollene Extremitäten.

Der Bauch ist unterhalb des Nabels vorgetrieben, zeigt eine leere, etwa Zweimarkstückgrosse Nabelhernie. Im

Bauch findet sich Flüssigkeit, die die Symphyse um 3 cm überragt und sich bei der Probepunktion als seröses Exsudat erweist.

Die Leberdämpfung reicht in der rechten Mamillarlinie 4 Querfingerbreit unter den Rippenbogen. Die Leber lässt sich bis zur linken Axillarlinie verfolgen und steht hier in derselben Höhe wie rechts. In der Medianlinie fühlt man eine Incisur. Der rechte Leberlappen ist zurückgesunken, ist handbreit über den Rippenbogen fühlbar und es ist daselbst ein etwa wallnussgrosser höckriger Tumor zu constatieren. Am linken Leberlappen fühlt man ebenfalls einzelne Unebenheiten, auch der sonst scharfe Rand zeigt an einer Stelle eine höckrige Geschwulst. Die Palpation ist nicht schmerzhaft.

Die Milzdämpfung ist vergrössert.

Der Magen steht sehr tief und ist dilatiert.

Der Percussionsschall über der rechten Lunge ist gedämpft, desgleichen rechts hinten unten.

Die Herzdämpfung ist etwas vergrössert, der erste Ton etwas langgezogen.

Diagnose. Carcinoma ventriculi et hepatis.

Obduction. Ulcus carcinomatosum pylori.

Die Leber ist gross, weich, das Gewebe blass. Derbe scirrhöse Knoten finden sich in der Leber zerstreut. Die Acini sind gross, peripher gelblichgrau, central braun gefärbt. (Muskatnussleber). Krebsige Degeneration der Lymphdrüsen.

Peritonitis adhaesiva fibrinosa incipiens.

Krebsknoten in der Pleura, Zwerchfell und Lungen.

Endocarditis chronica verrucosa mitralis. Perimetritis chronica adhaesiva. Hydrops tubae utriusque. Ascites.

Hyperplasia lienis.

41. Carl Spiess, 50 Jahre alt, aufgenommen den 2. Juli 1882, gestorben den 2. August 1882.

Anamnese. Der Patient giebt an, seit mehreren Jahren an Magenbeschwerden, besonders an saurem Aufstossen und des Morgens an Erbrechen kaffeesatzartiger Masse zu leiden.

Seit 3 Monaten haben diese Erscheinungen sehr zugenommen, ausserdem stellten sich heftige Schmerzen im Bauche ein. Seit 4 Tagen besteht Harnverhaltung. Patient will abgemagert sein.

Status praesens. Der Patient ist ein hochgradig geschwächter und blasser Mann.

Der Bauch ist stark aufgetrieben, ist an einigen Stellen schmerzhaft. In der Medianlinie fühlt man einen Tumor, der sich nach der linken Seite hin erstreckt.

Die Leberdämpfung ist ein wenig vergrössert, in der rechten Bauchgegend fühlt man eine etwa apfelgrosse Geschwulst.

Die Uretra ist — wahrscheinlich infolge des Katheterisierens — entzündet. Es besteht eitriger Ausfluss. Der Urin enthält reichliche Harnsäurekrystalle, mässige Massen von Schleim und Eiter.

Herz und Lungen normal.

Nach kurzer Besserung des Zustandes entwickelt sich auf der Rückenhaut, vorn auf dem Sternum, im I. Intercostalraum rechts schnell wachsende Tumoren. Die Gesichtsfarbe wurde etwas icterisch. Bronchitis trat ein. Nach kurzem Corna stirbt der Kranke.

Diagnose. Carcinoma ventriculi mit Metastasen in der Leber und andern Organen.

Obduction. Carcinoma ventriculi.

Die ganze Leber ist mit grösseren und kleineren Geschwulstknötchen durchsetzt. Die grösseren zeigen alle

eine tiefe Delle in der Mitte. Das Carcinom erweist sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein aus Cylinderzellen zusammengesetztes.

Krebsknoten in der Haut, im Sternum, in den Lungen, im Herzen, in Lymphdrüsen und im Netz.

Braune Atrophie des Herzens und Verfettung des Myocards.

42. Wilhelm Petersen, 44 Jahre alt, aufgenommen den 12. Januar 1881, gestorben den 10. Februar 1881.

Anamnese. Patient will als Kind die Frieseln gehabt haben, seit dem 20. Lebensjahre an Asthma leiden.

Vor 3 Monaten bemerkte Patient, dass sein Stuhl weiss, sein Urin braun wurde. Seit 5 Monaten klagt Patient über Schmerzen im Bauch und verbreitetes starkes Jucken. Gelbsucht hat sich eingestellt.

Status praesens. Der Patient zeigt eine stark icterisch gefärbte Haut und klagt über Schmerzen im Rücken, in der Kreuzbeingegend, in den Schultern, zuweilen auch in der rechten Seite.

Die Pulsfrequenz beträgt 92 p. Minute.

Der Bauch ist stark ausgedehnt; in demselben befindet sich Flüssigkeit. Die Bauchdecken sind oedematös, auch die Gegend der Knöchel und der Wirbelsäule ist oedematös geschwollen.

2 cm oberhalb des Nabels fühlt man eine Resistenz, die in der rechten Mamillarlinie 2 Querfinger unter dem Nabel, in der rechten Axillarlinie an der spina ant. sup. oss. il. endigt, Rechts von der Mittellinie ist eine Incisur durchzufühlen; Verschiedene Knoten, bis Wallnussgrösse, sind palpierbar.

Die Leberdämpfung beginnt an der 6. Rippe, der linke

Leberrand reicht bis zur 10. Rippe, die übrigen Grenzen waren nicht bestimmbar.

Die Milzdämpfung waren nicht bestimmbar. Der Urin ist schwach gelblich gefärbt, ist frei von Eiweiss; doch sind mikroskopisch hyaline Cylinder mit gelben Epithelien zu constatieren.

In kurzer Zeit verfällt der Kranke sehr, die Leber wird sehr schmerzhaft, Ascites tritt auf.

Diagnose. Carcinoma hepatis.

Obduction. Primärer Krebs des duct. hepaticus.

Uebergreifen des Krebses auf die Leber und Metastasenbildung in derselben. Die Leber überragt mit ihrem rechten Lappen den Rippenbogen um 7 cm, der linke Leberlappen das untere Ende des corpus sterni um 17,5 cm; der Lappen reicht nach links bis nahe an die Axillarlinie. Die Leber ist in allen Dimensionen beträchtlich vergrössert, Gewicht 10 Pfd. mit den vergrösserten portalen Lymphdrüsen. Die Färbung des Parenchyms sowohl an der Oberfläche wie auf dem Durchschnitt ist dunkel olivengrün. Die Leber ist ganz durchsetzt von Geschwulstknötchen, die von kaum sichtbarer bis Kirschgrösse wechseln. An der untern Seite der Leber, dem lob. inf. post. entsprechend zeigt sich eine grössere Geschwulstmasse, welche nach dem Hilus zu den Charakter der umschriebenen Knoten, den alle übrigen Geschwulstmassen haben, verliert und eine unregelmässig begrenzte, deutlich ausserhalb des Lebergewebes gelegene, aber auf das letztere übergreifende Geschwulstmasse bildet, welche sich anschliesst an die duct. hepat., die gerade an ihrem Zusammenfluss sehr stark verengt sind, eine unregelmässige Verdickung der Wandung und eine unregelmässige höckrige Oberfläche darbieten. Sämmtliche peripherisch von dieser Stelle gelegene Aeste bis zu den kleinsten Verzweigungen hin sind stark erweitert,

die grösseren für einen kleinen Finger durchgängig und enthalten sämmtlich eine dünne gallige Masse. Zwischen den ductus hepaticus und der Pfortader liegt eine fingerdicke Geschwulstmasse; die Pfortader selbst ist gleichfalls an dieser Stelle verengt, fast verschlossen durch eine gleiche geschwulstartige Masse.

Die Geschwulstmassen am Hilus sind etwas derber als die übrigen, durchaus markigen Knoten, die soweit sie an der Oberfläche liegen, fast sämmtlich eine Delle erkennen lassen. Auf dem Durchschnitt der Knoten sieht man in den centralen Abschnitten ausgedehnte Verfettung mit intensiv icterischer Färbung. Trotz der Erweiterung der Gallenwege in der Leber ist deren Wandung noch verdickt, indessen lässt sich eine Propagation des Krebses längst den Gallenwegen oder überhaupt eine Beziehung der Geschwulstknoten zu diesen nicht erkennen.

Bei der mikroskopischen Untersuchung der Lebersubstanz sieht man teils hellgelbe diffuse und körnige Farbstoffmassen, teils olivengrüne rundliche, etwas varicöse, auch wohl sich teilende Stränge, die gefüllten Gallencapillaren.

Die Gestalt der Krebszellen ist eine sehr wechselvolle, so dass eine bestimmte Zellform nicht zu erkennen ist, obwohl eine Anzahl deutlich cylindrischer Zellen vorhanden ist.

Die Gallenblase ist lang, aber schmal, enthält eine dünne eiterförmige Flüssigkeit. Ihre Wandung, besonders die Schleimhaut, ist stark geschwollen, und ungemein intensiv gerötet. Von Geschwulstmasse ist nirgendwo etwas zu sehen.

Der ductus choledochus, aus dem sich beim Druck eine fast farblose, einzelne graue Flocken enthaltende

Flüssigkeit entleerte, zeigt eine Schleimhaut, die ohne jede Spur von galliger Färbung ist.

Die Milz besitzt eine Länge von 13 cm, eine Breite von 6,5 cm, eine Dicke von 4,5 cm. Die Kapsel ist etwas verdickt, die Consistenz der Milz ist derb; Pulpa dunkelrot mit leicht icterischem Anflug, Follikel klein.

Allgemeiner Icterus, besonders stark in Leber und Niere. Verfettung in den Nieren.

Ascites und Hydrops, Anasarka. Bluterguss in die Bauchhöhle, blutiger Inhalt im Magen und Darm.

Das Vorkommen des Leberkrebses ist ein häufiges. Nach einer von Leichtenstern [1]) aufgenommenen Berechnung, die nach den Aufnahmeziffern des Wiener allgemeinen Krankenhauses gemacht ist, kommt 1 Fall von Leberkrebs auf 322 Fällen anderer innerer Krankheiten. Nach den mir zu geboten stehenden Aufnahmebüchern der hiesigen Klinik ergiebt sich folgendes: Es wurden in der Zeit vom 1. April 1877 bis 8. October 1885 6469 Kranke behandelt; unter diesen fanden sich 44 Fälle von Leberkrebs. Darnach kommt ein Fall von Leberkrebs auf 147 Fälle anderer innerer Krankheiten, es würde demgemäss das Verhältniss des Vorkommens des Leberkrebs zu dem anderer innerer Krankheiten nach hiesigem Material zu Gunsten des ersteren über das doppelte betragen, verglichen mit dem von Leichtenstern mitgeteilten Resultat.

Der Leberkrebs kann ein primärer oder secundärer sein. Die Angaben, welche wir über das Verhältniss des Vorkommens primären und secundären Leberkrebses mit-

---

[1]) Klinik des Leberkrebses von Prof. O. Leichtenstern v. Ziemsens Handbuch der speciellen Pathologie. Terapie Bd. VIII. A. Pag. 325.

geteilt finden, weichen sehr von einander ab. Lebert[1]) behauptet, dass der primäre Leberkrebs sehr häufig vorkommt, dass in 1/8 aller Fälle von Krebs die Leber das zuerst ergriffene Organ sei; v. Frerichs[2]) macht die Angabe, dass in 1/4 der Fälle von Leberkrebs solcher primärer Natur sei; der Ansicht dieser Autoren neigt sich Niemeyer zu, welcher „in vielen Fällen" ein Auftreten des primären Leberkrebses annimmt.

Auf der andern Seite sehen wir von Riesenfel[3]), welcher die im Virchow'schen Institute unter 2601 Sectionen vorgekommenen 69 Fälle von Leberkrebs mitteilt, die Behauptung aufgestellt, dass es überhaupt keinen primären Leberkrebs gäbe, man müsste denn die von der Gallenblase und deren Ausführungsgänge sich entwickelnden Krebse als solche ansprechen.

Ansichten, die eine vermittelnde Rolle einnehmen, sind die von Klebs[4]), v. Ziemssen[5]), Orth[6]). Die beiden erstgenannten Autoren geben kein bestimmtes Frequenzverhältniss zwischen primärem und secundärem Leberkrebs an, sie begnügen sich mit der Angabe, dass es zur Zeit noch unmöglich sei, genaueres darüber festzustellen, Orth

---

[1]) Traité pratique des maladies cancéreuses et des affectiones curables, confondues aves le cancer par H. Lebert, pag. 587.

[2]) v. Frerichs, Klinik der Leberkrankheiten. II. Band. pag. 282.

[3]) Ueber 69 im path. Institute in Berlin in der Zeit von 1864 bis zum 15. Juli 1868 vorgekommene Fälle von Krebs der Leber, Inaug.-Diss. 1868.

[4]) Klebs, Handbuch der pathol. Anatomie, Darmkanal u. Leber, pag. 491.

[5]) v. Ziemssen, Handbuch der spec. Path. u. Ther. Bd. VIII, a, pag. 285.

[6]) Orth, Compendium der pathal.-anatomischen Diagnostik, pag. 472.

sagt, dass primärer Leberkrebs „recht selten“ sei. Die Richtigkeit der Ansicht letzterer Autoren wird hinreichend dadurch bestätigt, dass wir nur eine ganz geringe Anzahl sicher constatierter Fälle von Leberkrebs in der Literatur veröffentlicht finden [1]).

Während also die Frage über das Frequenzverhältniss des primären zum secundären Leberkrebs von allen Autoren noch nicht in gleichem Sinne beantwortet wird, herrscht in Bezug auf die Frage, welches Organ am häufigsten zuerst carcinomatös degeneriere und sodann die Leber in Mitleidenschaft ziehe, völlige Einigung, insofern allgemein angegeben wird, dass solches Organ der Magen sei. Unsere Beobachtungen stimmen damit überein; unter den 17 zur Section gekommenen Fällen haben wir 12 Mal primären Magenkrebs, 2 Mal primären Krebs der Gallenblase resp. des ductus choledochus, 1 Mal primären Krebs des ductus hepaticus zu verzeichnen. Auffallend ist einmal die Thatsache, dass wir keinen Fall von primärer krebsiger Entartung der übrigen Organe des Pfortadergebietes haben, sodann der verhältnissmässig häufige Befund des Krebses der Organe, die zur Aufnahme und Ablieferung der Galle in Bezug stehen. Ziehen wir die nicht zur Section gekommenen Fälle mit heran in der Annahme, dass die klinischen Diagnosen alle zutreffend sind — mit vollkommener Sicherheit lässt sich ja nicht in allen Fällen die Diagnose intra vitam stellen, da hier leicht eine geringe primäre krebsige Entartung eines anderen Organes übersehen werden kann — so ergiebt sich, dass nur in 1 Falle (Nr. 1) eine Primäraffection des Intestinum, dass in 3 Fällen eine solche der Gallenblase, in 13 Fällen eine solche des

[1]) Vgl. Wulff, der primäre Leberkrebs, Inaug.-Diss. Tübingen 1876.

Magens als sehr wahrscheinlich angenommen wurde; in den übrig bleibenden 9 Fällen wurde die Diagnose nur gestellt auf „carcinoma hepatis“ ohne Angabe über die ev. Localisation des Primäraffects.

Hinsichtlich der Aethiologie des Leberkrebses ist nichts sicheres bekannt. In einem Falle unserer Beobachtung (Nr. 33) wird ein Trauma als ursächliches Moment der Erkrankung bezeichnet; Heredität konnte in keinem Falle nachgewiesen werden.

Von gewissem Einfluss sind, wie bei jedem Krebse, auch hier das Alter und das Geschlecht. Folgende Tabelle veranschauliche das Resultat unserer Beobachtungen:

	Jahr	Jahr	Jahr	Jahr	Jahr	
Alter	30—40	40—50	50—60	60—70	70—50	
Männer	2	9	5	3	—	= 19.44,2 %
Weiber	3	4	6	9	2	= 24.55,8 %
Summa	5	13	11	12	2	= 43.
	11,6 %	30,2 %	25,6 %	27,9 %	4,7 %.	

Dieses Resultat stimmt im Allgemeinen mit dem von Hess [1]) welcher 4 verschiedene grössere Statistiken mitteilt, überein. In einem Punkte jedoch ist unser Resultat dem von Hess entgegengesetzt. Letzterer constatiert nämlich, dass die Häufigkeit des Ergriffenseins von Leberkrebs bei Weibern um ein Decennium früher ihr Maximum erreiche wie bei Männern. Von 98 Fällen kommen bei Hess auf die Jahre

30—40	5 Männer,	10	Weiber
40—50	17 „	19	„
50—60	14 „	16	„

[1]) E. Hess, zur Pathologie des Lebercarcinoms. Inaug.-Diss. Zürich 1872.

Von unsern 43 Fällen auf die Jahre

30—40	2	Männer,	3	Weiber
40—50	9	„	4	„

d. h., während das Verhältniss in den 30—40. Lebensjahren ziemlich gleich ist, finden wir im 5. Decennium ein zu Gunsten des männlichen Geschlechtes sprechendes Resultat.

Das anatomische Bild, unter welchem der secundäre Leberkrebs auftritt, zeigt uns entweder circumscripte Tumoren oder was viel seltener ist, wir finden einen infiltrierten Leberkrebs, diejenige Form, bei welcher gesundes und krankes Gewebe ganz allmählich in einander übergeht. In allen unsern Fällen haben wir erstere Form, in 2 Fällen (Nr. 29 und 34) besteht neben dieser eine Krebsinfiltration. Was die histologische Natur des Krebses anbetrifft, so haben wir in Fall Nr. 28 und 41 einen Scirrhus, in allen übrigen einen Markschwamm, der vielfach eine Rückbildung, die Entstehung der Krebsdelle, zeigt.

Das klinische Bild, welches der Leberkrebs bietet, ist ein sehr verschiedenes, da jeder Fall seine besonderen Eigentümlichkeiten hat. An der Hand unserer Beobachtungen können wir uns folgendes ziemlich für alle Fälle gültiges Bild entwerfen.

Ein Individuum, welches in der Regel bereits das 40. Lebensjahr überschritten hat, beginnt über gastrische Störungen, wie Appetitlosigkeit, Uebelkeit, saures Aufstossen, Sodbrennen, Erbrechen zu klagen. Zu gleicher Zeit oder nur kurze Zeit darauf quält den Patienten eine gewisse Völle im Leibe, ein unbestimmter Druck, besonders unter dem rechten Hypochondrium. Diese letzteren Erscheinungen sind bald nur in geringem Masse vorhanden, bald steigern sie sich zu sehr heftigen Schmerzen.

Frühzeitig werden sodann auch Störungen betreffs der Darmthätigkeit geklagt. Doch sind solche bei verschiedenen

Patienten ganz entgegengesetzt. Während dieser Patient über langdauernde Verstopfung klagt, ist jener Patient von unablässlichen Durchfall gepeinigt, bei einem dritten Patienten endlich wechseln diese verschiedenen Zustände in längerer oder kürzerer Zeit.

Das bei einer so schwerwiegenden Störung der Verdauunsapparate das Allgemeinbefinden sehr leiden muss, ist selbstverständlich und können wir uns daher die Abmagerung der Patienten sehr wohl erklären. Jedoch weist Henoch bereits darauf hin, dass selbst bei sehr weit vorgeschrittener Entartung der Leber man oft einen verhältnissmässig guten Ernährungszustand, ein noch stark entwickeltes Fettpolster findet.

Bei der Untersuchung der Leber fällt in den meisten Fällen eine mehr oder weniger bedeutende Vergrösserung dieses Organes auf. Nur in seltenen Fällen ist die Leber klein (Fall 38). Ausserdem kann man eine durch kleinere oder grössere Tumoren höckrige Oberfläche constatieren, wozu alsdann noch in vielen Fällen hochgradige Schmerzhaftigkeit, die oftmals schon spontan besteht, bei Druck erheblich sich steigert oder aber nur durch letzteren herbeigefügt wird, kommt. Dieses letzte Symptom, die Schmerzhaftigkeit, fehlte in unseren Beobachtungen nur 2 Mal (Fall 37 und 41).

Der Icterus ist eine häufige Begleiterscheinung beim Leberkrebs; unter den oben mitgeteilten 43 Fällen beobachteten wir denselben 17 Mal. Derselbe ist um so intensiver, je mehr die ausführenden Gallenwege krebsig entartet sind oder aber auch bei stehender Integrität derselben in den Fällen, wenn die im Innern der Leber befindlichen Krebsmassen eine solche Lage haben, dass sie die kleinen Gallengänge comprimieren, somit eine Gallenstauung zur Folge haben.

Ein noch häufigeres Symptom als Icterus ist der Ascites im Verlauf des Leberkrebses; unter unsern Fällen trat derselbe 20 Mal auf. Dieser ist entweder ein Zeichen des allgemeinen Marasmus wie auch das Oedem an den Knöcheln, das meist sehr früh aufzutreten pflegt, oder wir haben es mit einem durch carcinomatöse Entartung des Bauchfells oder chronische Peritonitis hervorgerufenes Exsudat zu thun oder es ist endlich die Folge des Verschlusses zuweilen des Hauptstammes der Pfortader, in andern Fällen eines oder mehrerer grösserer Aeste derselben.

Die Milz ist nach den Beobachtungen von v. Frerichs und andern Autoren in der Regel nicht vergrössert und ist dieses als differential-diagnostisches Merkmal zur Unterscheidung des Leberkrebses von Wachsleber und Lebercirrhose angegeben. Nur in seltenen Fällen, wo die Milz selbst carcinomatös entartet ist, sei Milzvergrösserung vorhanden. Nach dem mir zu Gebote stehenden Material gestaltet sich solches anders. Wenn wir von den nicht zur Section gekommenen Fällen absehen, unter denen eine grosse Anzahl sich befindet, bei welchen eine Vergrösserung der Milzdämpfung intra vitam zu constatieren war, so finden wir unter den 17 hier zu verwerthenden Fällen 8 Mal eine Milzvergrösserung. In einigen Fällen beruht solche hauptsächlich auf Zunahme der Trabekel, in andern auf Zunahme der Pulpa, in den meisten ist beides combiniert vorhanden. Der Grad der Vergrösserung war in den einzelnen Fällen ein sehr verschiedener.

Die Urinmenge ist bei Leberkrebs meist vermindert. Häufig stellt sich gegen Ende des Lebens bei zunehmendem Marasmus Albuminurie ein. Der Harn ist bei bestehendem Icterus dunkel gefärbt.

Die Temperaturcurve ist beim Leberkrebs eine im allgemeinen normale, nur selten beobachtet man bei sehr raschem Wachstum der Tumoren Temperatursteigerungen, häufiger noch ist eine subnormale Temperatur. In den letzten Stadien beobachtete Temperatursteigerungen und Störungen in der Respiration sind bedingt durch Pleuritiden, die Folge des Uebergreifens des Krebses auf die Pleura, durch Pneumonieen oder Lungenoedem, Krankheiten, die das Leiden der Patienten häufig abkürzen.

Das sehr seltene Bestehen einer Phthise neben Leberkrebs ist bereits von v. Frerichs und andern Autoren hervorgehoben. Auch unsere Beobachtungen bestätigen solches, denn nur in 1 Falle (Nr. 36) wurde Phthise der Lungen bei der Section constatiert.

Die Dauer der Krankheit ist eine sehr verschiedene. In den meisten Fällen wird man den Beginn der Erkrankung nicht feststellen können. Im Allgemeinen führt die weiche Form des Krebses viel rascher zum Tode, da hierbei die andern Organe bedeutend frühzeitiger in Mitleidenschaft gezogen werden. Bei der harten Form des Krebses können die betreffenden Patienten ein bis zwei Jahre und länger sich hinschleppen, bis sie endlich dem Tode anheimfallen. Von den oben mitgeteilten Fällen zeichnen sich Nr. 37 und 41 dadurch aus, dass hier die Krankheit durch einen Zeitraum von 3—4 Jahren sich erstreckte, wenn wir eben annehmen, dass die krebsige Entartung mit dem ersten Auftreten der erwähnten Symptome, besonders der gastrischen Beschwerden, begonnen hat. In sämmtlichen andern Fällen sehen wir durchschnittlich 6 bis 8 Monate vom Beginn der Erkrankung bis zum Tode der Patienten verstreichen.

So leicht es in der Regel ist, in den vorgeschritteneren Stadien der Krankheit dieselbe zu diagnosticieren, ebenso schwierig ist es, den Beginn der Krankheit zu erkennen.

Daher ist es erklärlich, dass man in der Hospitalpraxis [1]) weniger leicht Irrtümern ausgesetzt ist, da Patienten, welche das Krankenhaus aufsuchen, gewöhnlich in einer Zeit zur Aufnahme kommen, wo die Krankheit bereits Monatelang bestanden hatte und alsdann die objective Untersuchung unter Berücksichtigung der Dauer der Krankheit und des Allgemeinzustandes des Kranken mit Leichtigkeit die Ursache des Leidens erkennen lässt.

Die Prognose ist wie bei jedem Krebs, welcher nicht frühzeitig durch eine operative Behandlung entfernt werden kann, eine absolut ungünstige; ein symptomatisches Verfahren kann zuweilen das Leben solcher Patienten um Wochen oder Monate verlängern und den Zustand noch einigermassen erträglich machen, im übrigen muss man sich darauf beschränken, vor allen die Schmerzen durch Narcotica zu lindern.

Die hauptsächlichsten Momente werden alsdann folgende sein: Das kürzere oder längere Bestehen der Krankheit, das Alter, sowie ein wenig guter Ernährungszustand der Patientin erregt sofort den Verdacht auf Krebs eines Organes. Auftreibung des Bauches, die bedingt ist durch eine Vergrösserung der Leber, eine höckrige Oberfläche, verursacht durch kleinere und grössere Tumoren, Schmerzhaftigkeit der Leber lassen mit fast absoluter Gewissheit die Diagnose „Carcinoma hepatis" gerechtfertigt erscheinen. Im Laufe der Zeit vermögen die noch hinzukommenden Symptome, wie Icterus und Ascites, die einmal gestellte Diagnose zu kräftigen. Ein Symptom endlich, auf welches Virchow [2]) bereits Gewicht legte, die Anschwellung der

---

[1]) Siehe Henoch, Klinik der Unterleibskrankheiten.

[2]) Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie, VI. Band, erste Abtheilung, bearbeitet von H. Bamberger.

Drüsen über der linken Clavicula, wenn solche rasch vor sich ging, ist in vielen Fällen ein wertvolles diagnostisches Zeichen, wir haben solches in der Mehrzahl unserer Fällen beobachten können.

Mit Berücksichtigung aller dieser Factoren wird man selten den Krebs der Leber mit andern chronischen Krankheiten dieses Organes verwechseln können. Die wichtigsten unter letzteren würden sein die Speckleber und die syphilitische Entzündung. Bei ersterer fehlen die Unebenheiten der Leber und Schmerzen in der Regel, ist auf letztere Erkrankung Verdacht vorhanden, so wird die Untersuchung der gewöhnlichen Localisationsstellen der consecutiven Syphilis, besonders des Rachens, leicht darüber Aufschluss geben.

Einer Complication des secundären Leberkrebses, bei welchem die Gallenblase primär an Carcinom erkrankt ist, möchte ich am Ende meiner Betrachtung noch kurz erwähnen, nämlich die Complication mit Gallensteinen. In dem ersten und 33. Falle, in denen die Obduction einen primären Gallenblasenkrebs ergab, fanden sich in jenem zahlreiche, in dem letzteren ein Gallenstein.

Riesenfeld [1]) fand unter 69 Fällen von Leberkrebs die Gallenblase als das zuerst ergriffene Organ 6mal und berichtet, dass in allen diesen 6 Fällen Gallensteine gefunden sein; andere Beobachter haben ähnliches mitgeteilt. Es ist daher schon oft die Frage aufgeworfen und discutiert, ob vielleicht ein innerer Zusammenhang zwischen den Vorkommen von Gallenblasenkrebs und dem der Gallensteine bestehe. Viele der Autoren halten die Steine für eine Art Erreger der krebsigen Degeneration, in Folge von Reiz auf die Wand der Gallenblase. Indessen stehen dieser

[1]) Siehe oben pag. 63.

Annahme hunderte von Fällen gegenüber, in denen der Mensch Gallensteine gehabt und doch keinen Krebs bekommen hat. Es muss daher wohl noch eine andere Bedingung hinzukommen, falls sich Krebs entwickeln soll.

Auch ist eine umgekehrte Erklärung gegeben. In manchen Fällen von Krebs nämlich sei die Entleerung der Galle schwierig, es komme zur Stagnation der Galle und dieser Umstand solle die Gallensteinbildung befördern. Für das Wahrscheinliche dieser Möglichkeit möchten unsere beiden Fälle sprechen, dass aber auch obiges vorkommen kann, das glaubt Dr. Carl Quetsch durch einen Fall, welchen derselbe in der Berliner klinischen Wochenschrift Nr. 42 mitteilt, bewiesen zu sehen.